

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

331

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean PÉRISSEL

Né le 6 Mars 1917, à Vichy (Allier).

Présentée et soutenue publiquement le 25 NOV. 1942... 19

ESSAI DE CLASSIFICATION

DES

FORMES CLINIQUEMENT ATYPIQUES
DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL

Travail du Service de Clinique Médicale Propédeutique
de l'Hôpital Broussais - La Charité

Président : M. VILLARET, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **PÉRISSEL.**

Prénom : **Jean.**

Date de la soutenance: _____

Numéro d'ordre: _____

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

PÉRISSEL (Jean). — Essai de classification des formes cliniquement atypiques de l'ulcère gastro-duodénal. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 139 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°.....)

PÉRISSEL (Jean). — Essai de classification des formes cliniquement atypiques de l'ulcère gastro-duodénal. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 139 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°.....)

PÉRISSEL (Jean). — Essai de classification des formes cliniquement atypiques de l'ulcère gastro-duodénal. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 139 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°.....)

PÉRISSEL (Jean). — Essai de classification des formes cliniquement atypiques de l'ulcère gastro-duodénal. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 139 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°.....)

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean PÉRISSEL

Né le 6 Mars 1917, à Vichy (Allier).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

ESSAI DE CLASSIFICATION

DES

FORMES CLINIQUEMENT ATYPIQUES
DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL

Travail du Service de Clinique Médicale Propédeutique
de l'Hôpital Broussais - La Charité

Président : M. VILLARET, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPI.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	
Pathologie expérimentale comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	
Clinique médicale	Henri BENARD.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CHIRAY.
Clinique des maladies des enfants	ABRAMI.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	FIESSINGER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HARVIER.
Clinique des maladies du système nerveux	P.-VALLERY-RADOT.
Cliniques des maladies infectieuses	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Clinique chirurgicale	LAIGNEL-LAVASTINE
	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique d'accouchements	GOSSET.
	LENORMANT.
Clinique gynécologique	MONDOR.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	VELTER.
Clinique thérapeutique médicale	CHEVASSU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	COUVELAIRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEVY-SOLAL.
Clinique propédeutique	PORTES.
Clinique de la Tuberculose	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale orthopédique	LEVEUF.
Clinique de cardiologie	LOEPER.
Clinique de neuro-chirurgie	LEMAITRE.
Assistance Médico-sociale	BROCQ.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LACOMME	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BESANÇON Justin.	Hydrologie.		LAVIER	Parasitologie.	
BONNET	Bactériologie		LELONG	Pathologie	médicale.
BOULIN	Pathologie	médicale.	LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
BROUET	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		RENARD	Ophthalmologie.	
DESOILLE	Médecine légale.		RICHET	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		SENEQUE	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FÈVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER.	Anatomie	pathologique.			
VILLARS	Pathologie	médicale.			
DE GENNES	Pathologie	médicale.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.			MM.		
ALGLAVE	Pathologie	chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie	Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		LE LORIER	Obstétrique.	
GUENIOT	Obstétrique.		NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.	
HEITZ-BOYER	Pathologie	chirurgicale.	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.	
			VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE	}	Clinique médicale.
BRULE		
CHABROL		
CHEVALLIER .		
LAROCHE Guy		
LIAN		
MOREAU		
SEZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgi- cale.
GATELLIER ...		
de GAUDART		
d'ALLAINES .		
MOULONGUET .		
MOURE		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE JEAN-BAPTISTE COUTIERE,
mon Grand-Père

A MADAME G. PERISSEL

A MON PERE

A MA MERE

A CATHERINE VERRET,

A ANNE-MADELEINE et PIERRE VERRET

A TOUS LES MIENS

ET

A MAJO GILLETTE, LOUIS AUZOUX,
au DOCTEUR J. LACARIN, mes amis

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE VILLARET

Professeur de Clinique Médicale Propédeutique,

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JUSTIN-BESANÇON

Médecin des Hôpitaux de Paris

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBE, *in memoriam*.

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNEO.

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-C. BLOCH, *in memoriam*.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SENEQUE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CACHERA.

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RONGIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUICANDON.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUICHARD,
Médecin de l'Hôpital civil de Vichy

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PARTURIER,
Professeur d'Hépatologie à la Faculté libre de Médecine de Lille

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY DANY,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

Depuis les descriptions classiques de CRUVEILHIER, de DIEULAFOY, de REICHMANN, de BUCQUOY, nombreux sont les auteurs qui se sont occupés tant de l'ulcère gastrique que de l'ulcère duodénal.

Le résultat d'une quantité de travaux s'étendant sur beaucoup d'années, est la schématisation des tableaux cliniques et l'édification d'un ensemble fondamental de symptômes, réunion constituant *la forme type*, dans laquelle peuvent entrer la plus grande partie des ulcères gastroduodénaux et devant laquelle ce diagnostic doit être posé pour ainsi dire automatiquement.

Cette synthèse rend possible une définition brève, unique, tenant en une seule phrase :

« L'ulcère est caractérisé par un syndrome paroxystique de douleurs tardives à forme de crampes, calmées par l'alimentation et les alcalins. »

On peut tenir pour véritables les données suivantes :

1° Cette définition répond à la grande majorité des cas.

2° Un tableau ainsi défini ne peut guère ne pas correspondre à une lésion anatomique d'ulcère.

Mais :

3° Une lésion ulcéreuse classique, gastrique ou duodénale, ne peut-elle évoluer sous des aspects différents ?

Il en est ainsi dans une certaine mesure. Mais nous ne voulons pas risquer de paraître multiplier à l'infini les *formes cliniques* de l'ulcère ; notre but est de signaler les variantes d'un tableau que l'on pourrait qualifier de *banal*,

et aussi de réunir les aspects vraiment atypiques, *trompeurs* de la maladie.

C'est en tout cas en partant de la forme classique que nous essayerons de classer un certain nombre de tableaux s'en écartant par un ou plusieurs détails.

Tout d'abord, dans le cadre même de la définition donnée plus haut, peut-on, et dans quelle mesure, reconnaître le siège de la lésion à l'aide d'un détail clinique ?

Ce diagnostic de localisation a reçu l'apport de nombreux travaux qui, après s'être efforcés de fournir des éléments au diagnostic de l'ulcère gastrique ou duodénal, ont cherché à préciser le siège aux faces, courbures ou orifices.

A. — LOCALISATION GASTRIQUE

Pour LÉPER (8) il n'existe pas « un » ulcère, mais « des » ulcères de l'estomac, dont l'allure clinique varie avec leur localisation à telle ou telle région de l'organe.

Ainsi l'on peut opposer avec lui les ulcères des faces, volontiers latents, à un syndrome de la petite courbure ou juxta-orificiel.

1° *Ulcère de la petite courbure.*

MATHIEU, P. DUVAL (11-5), entre autres, ont dressé un tableau clinique de cette localisation dont les signes évocateurs seraient :

- a) une douleur demi-tardive;
- b) une douleur particulièrement intense, pour certains (3-4);
- c) des hématémèses abondantes, significatives (17);
- d) pour P. DUVAL « douleur au palper à gauche de la ligne médiane... irradiant dans le dos, de préférence à gauche, de la quatrième à la dixième vertèbre dorsale... s'accompagnant de contractures du grand droit du côté gauche » (5);

e) pour M. LÆPER (9), l'ulcère de la petite courbure peut réaliser un syndrome spécial, « vagotonique » avec nausées persistantes, sialorrhées précoces, bradycardie, hypotension et exagération du réflexe oculo-cardiaque. De plus, douleurs vives du fait des lésions des filets du X, moins volontiers calmées par l'alimentation et les alcalins, à cause de la situation haute de l'ulcère, sans contact avec les ingesta.

2° Parmi les autres localisations, il est évident que l'ulcère pylorique ou juxta-pylorique pourra donner une note spéciale pouvant, au maximum, réaliser le *syndrome de Reichmann* (14) : « Douleurs tardives avec présence de liquide de stase à jeun le matin, hypersécrétion, digestion rapide et complète des substances albuminoïdes ».

3° Par contre, il est plus difficile de donner des repères cliniques aidant au diagnostic d'ulcère des faces ou de la grande courbure. Citons, pour cette dernière, la prédominance d'irradiations douloureuses à gauche, le long du rebord costal.

B. — LOCALISATION DUODÉNALE

Le tableau de « *l'ulcère duodénal vrai et pur* », type BUCQUOY, peut se trouver réalisé (1-10) :

- avec des douleurs franchement tardives,
- des vomissements, assez rares, traduisant un retentissement pylorique, vomissements liquides, de goût acide,
- presque jamais d'hématémèse, mais un melaena très évocateur,
- une sensibilité au palper, correspondant au bulbe duodénal, à droite de la ligne médiane, au-dessous du point vésiculaire, surtout nette en decubitus latéral gauche,
- un symptôme caractéristique : la faim douloureuse, MOYNIHAN opposant le rythme à trois temps (nourriture, calme, douleur, nourriture) de l'ulcère duodénal, au ryth-

me à quatre temps (nourriture, calme, douleur, calme, nourriture) de l'ulcère gastrique (12) (*).

C. — FORMES ATYPIQUES ÉVOCATRICES DE SIÈGE

A côté de ces formes localisatrices schématiques, nous verrons que certains aspects franchement atypiques permettent de supposer que la lésion siège à tel ou tel endroit.

C'est ainsi que les formes à hémorragies cataclysmiques, de même que celles à allure térébrante, à évolution rapide et grave, évoquent une lésion de la petite courbure gastrique; c'est ainsi encore que les formes à participation vésiculaire, de même que celles à crise « d'un jour », font penser à une localisation duodénale.

D. — VALEUR DU DIAGNOSTIC CLINIQUE DU SIÈGE DES LÉSIONS

En réalité la clinique seule peut-elle affirmer la variété topographique de l'ulcère?

« Ces nuances ne sont pas assez tranchées dans la majorité des faits, pour qu'on puisse baser sur elles seules l'édification du diagnostic topographique. » (ENRIQUEZ et G. DURAND, 6).

En effet :

1° L'horaire de la douleur ne semble pas toujours correspondre à la hauteur de la lésion.

2° La topographie des points douloureux s'est vu nier toute utilité (SAVIGNAC, 15).

3° Le retentissement pylorique peut se faire à distance,

(*) Citons en marge de ces formes topographiques, la valeur localisatrice des points douloureux dorsaux pour certains auteurs: D10 à D12, grande courbure; D4 à D7, petite courbure. (OPENCHOWSKI, SEIDL, 13-16).

dans certains cas (BOUCHUT, 2), lésion haute de la petite courbure par exemple, alors que, dans d'autres cas, l'atteinte orificielle est difficile à mettre en évidence : formes légères, formes frustes du Syndrome de Reichmann (7), dans lesquelles la *stase* a cédé le pas à l'*hypersécrétion isolée* (MATHIEU).

En résumé :

— La clinique peut dépister un ulcère, sans doute établir son existence avec une quasi-certitude, à la rigueur présumer de son siège ;

— Mais le contrôle revient aux méthodes d'exploration directe, à la radiographie, à la gastroscopie... « Pour être affirmé, un ulcère gastrique doit être vu ou senti... » (MOYNIHAN, 12).

*
**

Après avoir donné une définition schématique de l'ulcère gastro-duodénal, après avoir cité dans le cadre de cette définition les détails cliniques susceptibles d'évoquer une localisation, nous allons essayer de grouper les aspects de la maladie se distinguant de la forme classique. Certains des cas relatés sont irréguliers par plusieurs points et se rapportent à plusieurs chapitres ; c'est dire qu'une classification rigoureuse de ces formes n'est pas toujours possible.

Nous avons revu 750 observations environ, parmi les malades du service et des consultations de M. le Professeur VILLARET, de M. le Professeur agrégé JUSTIN-BESANÇON (*Clinique Médicale Propédeutique de l'Hôpital Broussais-la Charité*) et, tout particulièrement, ceux qu'a bien voulu nous signaler M. le Docteur MOUTIER, au cours de sa consultation.

En marge des descriptions cliniques de ces cas, on trouvera un grand nombre de gastroscopies, contrôlant diagnostic et évolution des lésions. Elles ont toutes été pratiquées par M. le Docteur MOUTIER qui a toujours mis à notre

disposition une documentation considérable. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

Sur ces 750 malades, nous avons retenu 73 cas d'aspects cliniques irréguliers, dont 33 de siège gastrique (26 lésions de la petite courbure, 5 des faces, 2 pyloriques), et 40 de siège duodénal.

Dans le cours de notre étude, nous réunirons dans les mêmes chapitres lésions gastriques et duodénales, mais en tête de chaque paragraphe, nous donnerons les proportions respectives de sièges.

Enfin, parmi ces 73 observations, voici le tableau de l'âge des malades, *réalisant une progression croissante*:

Moins de 10 ans :	1.
De 10 à 20 ans :	6.
De 20 à 30 ans :	3.
De 30 à 40 ans :	14.
De 40 à 50 ans :	15.
De 50 à 60 ans :	18.
Plus de 60 ans :	16.

*
**

1. BUCQUOY (Archives de Médecine, 1887).
2. M. BOUCHUT (Soc. de Médecine de Paris, 9 décembre 1921).
3. CAILLÉ (Thèse de Paris, 1914).
4. P. DELORT (Thèse de Paris, 1921).
5. P. DUVAL. Ulcère de la petite courbure de l'estomac. (Rapport fait au XXIX^e Congrès français de Chirurgie, Paris 1920).
6. ENRIQUEZ et Gaston DURAND. Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum. (Rapport XVI^e Congrès de Médecine, Paris, octobre 1922).
7. ENRIQUEZ et Gaston DURAND. Les sténoses pyloriques frus-

- tes à formes gastralgiques. (Soc. Méd. Hôp. 29-5-13, p. 1057).
8. M. LÆPER. Leçons de Pathologie Digestive. (Masson 1926. 6^e série, chap. V).
 9. LÆPER et SCHULMANN. Les lésions du X et le syndrome d'ulcère de la petite courbure. (Soc. Méd. Hôp., 30-5-13).
 10. A. MATHIEU. L'ulcère du duodénum. (Conf. n° 6. *Gazette des Hôpitaux*, 7-4-14).
 11. A. MATHIEU, J.-C. ROUX et F. MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale. (Doin 1923, p. 457).
 12. Sir B. MOYNIHAN. L'ulcère gastrique et duodéal. (Traduct. V. PAUCHET, Doin 1924, p. 7).
 13. OPENCHOWSKI (Bulletin Médical, 10-12-23).
 14. REICHMANN. Ein Fall von Kronkhafft gesteigester Absunderung des Magensaftes. (Berliner Klin. Woch. 1882, p. 606).
 15. R. SAVIGNAC. Localisation extra-épigastrique de la douleur de l'ulcère gastro-duodéal. (*Arch. Mal. App. Dig.* Tome XXVII, p. 751).
 16. SEIDL. Valeur diagnostique des points douloureux dorsaux dans l'ulcère rond de l'estomac. (*Arch für Verdaungs Krankeiten* 1911, p. 723).
 17. TIMBAL. L'ulcère de la petite courbure de l'estomac. Son diagnostic clinique et radiologique. (*Progrès Médical*, mai 1920).
-

I

VARIATIONS PORTANT SUR L'ALLURE EVOLUTIVE

Les paroxysmes de l'ulcère gastro-duodénal sont classiquement groupés en périodes aiguës, séparées les unes des autres par des périodes de rémission plus ou moins complètes.

Ces « étapes » de la maladie évoluent à un rythme variable suivant les sujets, mais relativement constant chez le même malade.

Il est difficile de donner des chiffres, disons cependant que la crise dure *en moyenne* entre 8 et 60 jours, les rémissions pouvant s'étendre sur un à trois mois. Pour grouper les faits s'écartant de ces données typiques, nous en grouperons donc successivement :

- 1° En plus de l'évolution saisonnière classique et fréquente de la maladie,
- 2° les ulcères gastro-duodénaux à *crises courtes*,
- 3° les ulcères gastriques à *évolution accélérée*,
- 4° les formes *invétérées*.

1° FORMES TYPIQUES A ÉVOLUTION SAISONNIÈRE.

Nous ne ferons que les citer ; elles représentent un aspect banal, extrêmement fréquent, relevé dans nombre de nos observations :

L'observation XLVIII par exemple se rapporte à des crises douloureuses l'automne et l'hiver. Les autres saisons comportant une accalmie totale.

Dans l'observation LXII, les périodes de crises concernent l'été et l'hiver, tandis qu'à l'opposé, dans l'observation XX ces deux saisons voient une rémission parfaite de la maladie ulcéreuse.

2° ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX A CRISES COURTES.

(3 observations N^{os} XXXV, XXV, XLIX, 2 lésions de la petite courbure et 1 duodénale.)

Il est banal de citer des ulcères présentant des crises raccourcies. C'est ainsi que deux de nos observations (XXV-XXXV) se rapportent à des crises de 5 ou 6 jours et de 3 jours.

Il faut citer également la possibilité de crises s'abrégeant au cours de l'évolution favorable d'un ulcère, tel le cas de M. L. P... (obs. XLIX), porteur d'un ulcère de la petite courbure, évoluant d'une façon violente depuis 1939 avec douleurs presque continues à paroxysmes nocturnes, accusant alors des crises de 1 mois au minimum et qui, sous l'influence du traitement et du repos, a vu ses crises s'espacer, se raccourcir, au point de ne plus souffrir que deux jours de suite, au maximum, dans le courant de 1942.

Il est par ailleurs, un ordre de faits sur lequel nous voudrions insister, celui-là même que J.-C. ROUX et A. GI-RAULT les premiers ont rapporté en 1933 :

L'ulcère duodénal à crises d'un jour.

(4 observations N^{os} I, II, III, IV)

Il s'agit de manifestations paroxystiques ayant lieu un seul jour, après un seul repas, séparées les unes des autres par des périodes de rémission importantes. Nous en avons recueilli quatre cas.

Le premier fait qui frappe réside dans les ressemblances qui unissent les différentes observations. En effet, ces maladies qui sont vues, soit du fait de la crise douloureuse, soit à l'occasion d'une complication de l'ulcère duodénal,

meloena par exemple, présentent un passé gastrique vraiment schématique.

Du fait du caractère éphémère de la crise, il est rare qu'on puisse y assister, mais, par l'interrogatoire, on peut en faire préciser l'allure. Elle a pu être précédée de manifestations banales, tel le plus souvent un ballonnement, ou bien encore des manifestations sensitivo-motrices (voir observation II), puis elle survient sous la forme d'une douleur épigastrique tardive, parfois très intense, accompagnée de signes de *rentissement pylorique* pouvant aller jusqu'à la réalisation du syndrome de Reichmann typique; enfin le vomissement se produit, provoqué ou spontané, il n'est jamais alimentaire, toujours liquide et de goût acide. La crise est finie: dès que l'estomac se trouve vidé, la douleur cesse, le ballonnement disparaît.

« ... Le lendemain le malade va bien et reprend son alimentation habituelle... » (22); la crise est, en effet, unique, le repas suivant, lui-même, n'est suivi d'aucun trouble.

La rémission peut être longue, puis, « à la suite d'une émotion, d'un écart de régime, parfois sans cause appréciable, la crise apparaît et elle se termine d'une façon analogue dès que la sonde ou un vomissement ont vidé l'estomac ».

Un élément capital de ces observations, élément constant, semble-t-il, est l'*hypersécrétion*. C'est elle qui semble conditionner la douleur et certains malades provoquent le vomissement pour arrêter leur crise d'une façon radicale.

Cette crise traduit donc une *gêne pylorique*; *prouve-t-elle une reprise de l'ulcère?* Il semble que non. Ainsi, M. Le G. a été amené à l'hôpital à l'occasion d'un meloena, traduction probable d'un ulcère gastro-duodéal. Effectivement une radio montre un ulcère du bulbe. Par contre l'interrogatoire ne retrouve qu'une histoire douloureuse ancienne à type éphémère. Pendant toute l'hospitalisation: aucune crise douloureuse, et après un mois de traitement et de repos, une nouvelle radio semble montrer une évo-

lution cicatricielle de la lésion duodénale (observation I).

L'analogie entre cette forme et celles « à retentissement pylorique premier signe » que nous verrons plus loin est manifeste. Dans les deux catégories de faits, la « note » pylorique domine. Dans le cas de notre malade, la reprise de l'ulcère se manifeste par un meloena alors qu'il n'y a pas eu de crises depuis un certain temps déjà, cette hémorragie semblant être, en fait, la première manifestation directe de la lésion, survenant après dix ans de signes de gêne orificielle.

Dans deux autres de nos observations (II-III), l'ulcère duodéal est traduit indirectement par la sténose orificielle paroxystique, les périodes d'activité de l'ulcus étant manifestées soit par une hématomatose, soit par des crises de manifestations sensitivo-motrices tardives.

Citons enfin l'allure spéciale de notre quatrième observation (IV) d'une malade ne souffrant qu'une fois par jour et un jour toutes les trois semaines et dont la crise cesse radicalement en decubitus.

En résumé: crise traduisant un « spasme du pylore avec hypersécrétion gastrique considérable, spasme qui est lui-même sous la dépendance d'un ulcère du duodénum » (J.-C. ROUX et A. GIRAULT, 22) et dont la particularité essentielle réside dans l'allure éphémère.

3° FORMES A ÉVOLUTION ACCÉLÉRÉE.

(10 observations d'ulcères géants de la petite courbure N^{os} V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV et 4 de la face postérieure, XV, XVI, XVII, XVIII).

Nous aurons surtout en vue LES ULCÈRES GÉANTS qui présentent une évolution accélérée par rapport à la forme classique :

Un malade racontant une histoire ulcéreuse d'apparition récente, présente à la radio et à l'endoscopie une lésion étendue de la petite courbure gastrique.

Seul nous intéresse ici, l'aspect clinique qu'empruntent ces lésions géantes sur lesquelles, depuis MATHIEU et MOUTIER en 1920, de nombreux auteurs sont revenus à plusieurs reprises (12).

Nous avons réuni quatorze observations concernant un tel ordre de faits, et bien que les allures cliniques en soient variables, il semble que trois éléments méritent d'être placés en tête de cette étude.

Le terrain d'abord, puisque dans toutes nos observations, sauf une, il s'agit de malades ayant dépassé la cinquantaine.

L'atteinte quasi constante de l'état général ensuite, avec prédominance de l'anorexie, de l'amaigrissement.

L'évolution enfin, qui souligne l'allure *récente, progressive et rapide* de la maladie.

Comment synthétiser les aspects cliniques qu'offrent de tels malades? En envisageant trois problèmes, nous semble-t-il: concernant l'âge de l'ulcère d'abord, son allure clinique ensuite, son évolution enfin.

Dans certains cas (observations V, VI, VII, VIII, IX, X, XII, XIV, XVII) il semble qu'on puisse réellement parler d'ulcères géants « récents ». Neuf de nos malades ne présentaient en effet, au moment où ils furent vus pour la première fois, aucun passé gastrique antérieur à deux mois environ.

Le reste de nos observations concerne des personnes présentant un passé gastrique paroxystique *ancien* (observations XI, XIII, XV, XVI, XVIII), puisqu'un malade souffrait depuis vingt et un ans, une autre depuis trente ans, une troisième déclarait avoir « toujours » souffert. Ce dernier groupe d'ulcères géants semble se rattacher aux *ulcères invétérés* de Mathieu. Mais l'aggravation de cette histoire ulcéreuse ancienne est, ici encore, *progressive, rapide et récente*, remontant elle aussi, à deux mois au maximum (observation XIII).

Un tel « tournant » dans le processus morbide permet

d'ailleurs de se demander si la lésion géante visible à la radio est responsable du passé gastrique (MATHIEU, 14).

Qu'il s'agisse d'ulcère récent ou d'un ulcère invétéré « brûlant les étapes » depuis peu, quels seront les accidents manifestés?

a) On sera parfois en présence d'un tableau banal, sans grandes manifestations fonctionnelles, où l'état général est relativement peu touché. Une radio cependant, montre l'importance particulière de lésions de la petite courbure gastrique, contrastant avec le tableau discret d'apparition récente. Si le malade n'est pas traité à ce moment, un tableau progressivement alarmant apparaît où les signes fonctionnels et surtout généraux prennent toute leur valeur (observations IX, XIII). Et l'évolution de cette forme à début banal, s'identifie alors avec l'une ou l'autre des deux éventualités que nous allons voir, soit que les signes fonctionnels prennent un aspect dramatique, soit que l'évolution se fasse dans une note cachectique.

b) En effet, on assiste souvent à un *début accéléré* d'emblée dramatique, appelé par certains début explosif (GUTMANN) avec douleurs violentes (adhérences pancréatiques de MATHIEU et MOUTIER), à irradiations dorsales (observation X). Ces douleurs deviennent continues et, s'il s'agit d'un ulcère ancien, elles perdent leur rythme habituel (obs. XVI) avec possibilité d'hémorragies (observation XV), de vomissements (observations XIV, XVIII), voire d'intolérance gastrique (observation X) des signes de sténose résultant soit d'un retentissement pylorique à distance (observation XIV), soit de la périgastrite ou d'une plicature de l'estomac (observation XIII, Bibl. 7, 10, 13).

Enfin l'anorexie est rapidement complète aggravant encore un état général très bas.

c) Dans un certain nombre de cas, nous avons retrouvé la forme cachectique relatée par tous les auteurs (MATHIEU, MOUTIER, DUVAL (6), JACQUELIN (10), GUTMANN). Mme M..., par exemple (observation VI) présentait une évolution de trois semaines de douleurs tardives,

calmées par le decubitus et les aliments, avec un amaigrissement de 2 kilogs. M. L... (observation XII) a maigri de 10 kilogs en deux mois, Mme V..., (observation XV) maigrit au rythme de 1 kilogramme par semaine.

Nous passerons rapidement sur les lésions anatomo-pathologiques (voir les travaux de MATHIEU et MOUTIER (12), GUTMANN (7), LANCHOU (11), SAVY (23), etc.), ainsi que sur les aspects radiologiques, pour n'insister que sur le problème diagnostique et pronostique que pose de tels aspects cliniques.

Devant l'évolution atypique, tellement différente du rythme ulcéreux, devant l'âge des malades, le déclin de l'état général, l'anorexie, l'amaigrissement, une hypothèse vient à l'esprit: le cancer. Notons par surcroît la fréquence signalée par certains auteurs, d'achlorhydrie dans les formes géantes de la petite courbure (23, 9. Voir observation VII).

La radiographie est, le plus souvent, incapable de trancher la question; c'est ainsi que l'observation de Mme V... (XV) nous montre un début récent, grave, progressivement alarmant avec douleurs devenues continues et rebelles à la thérapeutique, un amaigrissement effrayant (1 kilogramme par semaine dans les derniers temps), l'anorexie la plus complète pour tous les aliments; le tout évoluant chez une femme de 58 ans, était très évocateur de cancer, cependant, une radio ne donne aucun renseignement précis; par contre une gastroscopie du 3 octobre 1942, montre un ulcère de 2 cm. 1/2 de large, sans aucun signe de dégénérescence maligne.

Dans un autre cas (observation XI), l'examen décelait à la palpation une petite masse irrégulière collée à la petite courbure. Une gastroscopie démontrait l'absence des signes de dégénérescence néoplasique, constatation concordante avec l'examen de la pièce nécropsique (mort subite en insuffisance cardiaque), montrant un gros ulcus à fond formé par le pancréas.

Dans une troisième observation (XVIII), une lapa-

rotomie ayant trouvé une énorme masse adhérente au pancréas, on avait conclu à un néo étendu, et refermé. Une gastroscopie montrait une lésion étendue cicatricielle occupant la face postérieure au voisinage de la petite courbure (voir aussi l'observation XVII).

Pour conclure, signalons les divergences de vue des auteurs concernant *l'évolution et les sanctions thérapeutiques*: d'une part la notion d'ulcère « térébrants à évolution continue et rapide » (10) nécessitant une sanction chirurgicale d'urgence, et à l'opposé celle d'ulcère à début d'« apparence grave », évoluant favorablement sous l'influence d'une thérapeutique médicale (7. Voir observation V).

De l'étude de nos observations, il résulte que :

1° D'une part il existe des ulcères géants ayant vraiment un *processus évolutif rapide et inexorable*, identiques à ceux rapportés par MATHIEU et MOUTIER (12-17).

2° Etant donné la *thérapeutique actuelle* il est manifeste que des lésions évoluant de façon dramatique depuis peu, sont susceptibles d'être *améliorées, puis cicatrisées*, évolution qui dans certains cas a pu être contrôlée par la radio et surtout par la gastroscopie.

Ce processus favorable, notons-le, étant souvent *étonnamment rapide* comme le prouve en particulier deux de nos observations.

M. Le M..., radiographié et gastroscopé les 2 et 3 février 1940, après un tableau à la fois térébrant et cachectique, *datant de un mois*, présentait une grosse niche pédiculée sus-angulaire d'une part, « un grand ulcère très profond irrégulier, mais à bords nets, creusés dans le pilier antérieur » d'autre part. Le 5 avril 1940, de l'énorme niche de la petite courbure il ne reste plus qu'une petite irrégularité à la radio et le 6, la gastroscopie montre un ulcère complètement cicatricé, à *cicatrice invisible*, seule à la base du pilier antérieur une petite surface jaunâtre de 4 à 5 mm. de diamètre (observation X, voir les radios page 31).

M. G..., qui présentait en octobre 1940, depuis une quinzaine de jours, un tableau identique et particulièrement alarmant, est traité aussitôt médicalement (paratyron, atropine, soluprotine, bismuth), or :

1^{re} gastroscopie 5 octobre 1940 : gros ulcère de 4 cm. sur 2 cm.

2^e gastroscopie 2 novembre 1940 : ulcère nettement diminué, de 2 cm., avec une sorte de cap muqueux s'orientant du bourrelet périphérique vers la cavité de l'ulcère, représentant peut-être un processus de cicatrisation.

3^e gastroscopie 21 décembre 1940 : petite ulcération de 4-5 mm.

4^e gastroscopie 18 janvier 1941 : PLUS DE TRACES D'ULCÉRATION. Région sus-angulaire seulement plus vascularisée que normalement (observation IX).

Nous ne saurions trop insister sur les trois points suivants :

1^o Apparition clinique récente.

2^o Fréquence de guérisons *rapides*.

3^o Possibilité de cicatrice *invisible à l'endoscopie*, et cette allure cicatricielle spéciale de lésions géantes, « stoppées » sous l'influence du repos et du traitement, diffère du processus évolutif *spontané* (voir les travaux de MOUTIER sur les *ulcères dormants* et sur les constatations gastroscopiques dans l'intervalle des poussées.)

En résumé: *processus rapide, d'allure plus ou moins dramatique, empruntant souvent un aspect cachectique, correspondant à une lésion étendue de la petite courbure ou de la face postérieure gastrique et susceptible, sous l'influence du traitement médical actuel, d'une guérison clinique et d'une cicatrisation rapide contrôlable à l'endoscopie.*

4^o *Ulcères invétérés.*

(3 observations d'ulcères duodénaux N^{os} XIX, XX, XXI, 1 observation d'ulcère gastrique de la petite courbure

Schéma radiologique de l'évolution d'un ulcère géant de la petite courbure gastrique, parallèle à l'évolution clinique et gastroscopique. La radio N° 1 (2 février 1940) montre: une niche géante, pédiculée, immédiatement au-dessus de l'angle gastrique. Mis au repos et au traitement médical, ce malade voit disparaître en trois jours un tableau clinique alarmant, progressif, d'apparition récente (un mois) et le 15 avril 1940, une deuxième radio ne montre plus qu'une petite irrégularité dans la région de la niche; les constatations gastroscopiques sont concordantes (*cicatrice invisible*).

Suivi pendant 2 ans 1/2: aucune lésion visible actuellement à la radio, aucune manifestation clinique (octobre 1942).

2 février 1940



15 avril 1940



N° XLV. Ce paragraphe concerne également les observations déjà citées aux ulcères géants N°s XI, XIII, XVI, XVIII, XXI. Ulcères invétérés de localisation gastrique).

L'allure évolutive peut admettre d'autres variations encore: elles concernent l'ulcère invétéré (MATHIEU). Ici, après un temps variable de crises paroxystiques plus ou moins régulières, l'allure de la maladie perd progressivement ses caractères classiques.

Ce nouvel aspect clinique, que nous allons voir, correspond à un processus extensif d'un ulcère au sujet duquel on peut prononcer les trois qualificatifs: *invétéré, induré, adhérent* (MATHIEU).

Ce caractère extensif des lésions explique le fait qu'il s'agit d'*ulcères ayant présenté une évolution typique pendant un certain temps et qui à la longue deviennent atypiques*.

Il est évident qu'une telle éventualité n'est pas rare; notons cependant qu'elle est moins fréquente actuellement, du fait du dépistage radiographique et gastroscopique des ulcères et des progrès de la thérapeutique chirurgicale et médicale.

Par quoi va se manifester *cliniquement* ce processus?

Par les modifications de la douleur, d'abord; elle tend à perdre son *rythme prandial*, à devenir *continue*, souvent à *prédominance nocturne*; elle tend également à devenir *plus intense* (adhérences pancréatiques — lésions des filets nerveux, MATHIEU, LÉPER), elle devient *térébrante, transfixiante, à irradiations dorsales* (MATHIEU). Les alcalins, les aïments jadis efficaces contre elle, ne le sont plus. Ces crises atypiques durent *plus longtemps*, elles ne sont plus séparées entre elles que par des *périodes de rémission courtes et relatives*.

Par ailleurs, les *vomissements* apparaissent, vomissements liquides, acides, traduisant l'*hypersécrétion et la sténose orificielle* (gêne à distance ou processus extensif. MATHIEU et MOUTIER). L'état général enfin décline rapidement, l'*anorexie* s'installe, l'amaigrissement s'accélère,

et tous ces signes posent le problème d'une cancérisation de la lésion.

Une observation d'ulcère gastrique invétéré typique est celle de M. P... (observation XLV) qui illustre parfaitement cette description, puisqu'il s'agit de crises remontant à 25 ans et devenant de plus en plus atypiques, aboutissant à un *tableau douloureux continu avec mauvais état général*. (De même, observation LIV).

Les autres observations d'ulcères gastriques invétés concernent toutes, la petite courbure et la face postérieure. Nous les avons citées aux ulcères géants; nous insisterons surtout sur le cas de Mme V... (observation XV) dont les troubles gastriques remontent à une trentaine d'années, dont l'état récemment aggravé comportait des douleurs térébrantes continues, à maximum nocturne, dont l'anorexie était totale et qui présentait une lésion gastrique de la face postérieure, ne méritant pas à proprement parler, le qualificatif de géant, ayant un diamètre de 2 cm. 1/2.

L'ulcère invétéré du duodénum présente à peu près tous les caractères de celui de l'estomac, notons cependant l'importance, ici, de la *sténose pylorique* due soit à la lésion elle-même, soit à la péri-duodénite adhésive et déformante (13-14).

Nous avons recueilli trois observations (XIX, XX, XXI), correspondant à des lésions évoluant depuis douze ans, pour les deux premières, dix pour la troisième. Ces trois observations sont typiques; on y trouve la pérennité des douleurs, leur violence (douleur en « étau », observation XIX), leur caractère rebelle (observation XXI), la réalisation d'un syndrome de *sténose pylorique* progressivement installé (observation XX), un tableau cachectisant enfin (observation XXI) l'amaigrissement dans ce cas continuant malgré la sédation des signes fonctionnels.

Ce paragraphe, concernant un aspect bien connu de l'évolution ulcéreuse, englobe donc: une partie des formes accélérées vues plus haut, une partie également des formes

à douleurs continues, d'allure cachectique, que nous citerons plus loin.

Nous soulignerons, pour conclure, le fait que de tels aspects se voient *souvent* chez des gens âgés (voir le chapitre V), *toujours* chez des ulcéreux anciens, *et qu'il s'agit d'une évolution vers l'atypisme de tableaux primitivement banaux.*

*
**

1. BRACHET. Contribution à l'étude d'un type clinique de cancer gastrique: le cancer ulcérimforme. (Thèse de Lyon 1937.)
2. BRINTON. Traité des maladies de l'estomac. (Paris 1870.)
3. A. CHAPUY. A propos des ulcères gastriques ou duodénaux chez des sujets de plus de 45 ans. (*Lyon Médical* 1936. Tome I.)
4. DEBOVE et RÉMOND. Traité des maladies de l'estomac. (Paris 1893, p. 255.)
5. Ch. DEBRAY. Les formes atypiques de l'ulcère de l'estomac sous le contrôle de la gastroscopie (Paris, Maloine 1937.) 1937.)
6. P. DUVAL, A. GIRAULT, H. BECLÈRE. Ulcère géant de la petite courbure de l'estomac à évolution latente. Gastrectomie, guérison. (*Arch. Mal. App. Dig.* Tome XXIII, p. 892.)
7. GUTMANN. Sur certains débuts atypiques d'apparence grave de l'ulcère. (Soc. de Gastro-Enterol. de Paris, séance du 11-10-37.)
8. GUTMANN. Ulcères géants de la petite courbure. (*Les Feuilles du Praticien*. Décembre 1938.)
9. GUTMANN. La niche géante de la petite courbure. (Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 27-1-39.)
10. Ch. JACQUELIN et GANDY. Ulcère térébrant à évolution continue et rapide sur l'estomac et le duodénum. (Séance de la Soc. de Gastro-Entérol. de Paris, du 10-2-36.)

11. LANCHOU. L'ulcère géant de la petite courbure. (Thèse de Paris 1939.)
 12. MATHIEU et MOUTIER. L'ulcère géant de l'estomac. (Arch. des Mal. de l'App. Dig., Tome X, p. 257.)
 13. MATHIEU, ROUX et MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale. (Doin 1923, Tome I, pp. 402, 461, 477.)
 14. MATHIEU. Les étapes de l'ulcus. (*Gaz. des Hôp.*, 1914.)
 15. MATHIEU. 12 conférences sur l'ulcère gastrique et duodénal. (Arch. des Mal. de l'App. Dig., Tome VII, p. 657.)
 16. M.-J. MONGES. Une énorme niche gastrique. Disparition. (Soc. de Gastro-Entérol. de Paris, séance du 11-10-37.)
 17. M.-J. MONGES et MOSINGER. Gros ulcère de la petite courbure pénétrant dans le pancréas. Mort subite. Importance des lésions nerveuses, gastriques et pancréatiques. (Arch. des Mal. de l'App. Dig., Tome XXVI, p. 954.)
 18. F. MOUTIER. Etude gastroscopique de l'ulcère géant de la petite courbure. (*Le Documentaire Médical*, avril 1936, p. 23.)
 19. F. MOUTIER. Aspect endoscopique de l'ulcère gastrique au moment des crises douloureuses. (Arch. des Mal. de l'App. Dig., séance du 11-7-38.)
 20. F. MOUTIER et A. GIRAULT. Un cas d'ulcère diverticulaire de la petite courbure, insidiosité du développement malgré de très fortes dimensions. (Soc. de Gastro-Entérol. de Paris, séance du 6-7-25.)
 21. G. PECO et F. PERREIRA. Ulcera gigante de l'estomago. (*La Semana Medica*. Oct. 1935.)
 22. J.-C. ROUX et A. GIRAULT. La crise d'un jour de l'ulcère du duodénum. (Soc. de Gastro-Entérol. de Paris, séance du 10-7-33.)
 23. P. SAVY, A. VACHON, G. ROMAGNY. Les ulcères géants de la petite courbure. (*Journ. de Méd. de Lyon* du 20-4-39.)
-

II

VARIATIONS PORTANT SUR L'HORAIRE DE LA DOULEUR

L'élément fondamental du paroxysme est *le rythme de la douleur*. Semi-tardive ou tardive dans l'ulcère gastrique, se continuant jusqu'au repas suivant en une sensation pénible de « faim douloureuse » dans l'ulcère duodénal, la douleur présente toujours un caractère *post-prandial*, et c'est en partant de cet élément que nous classerons les modalités suivantes, dont certaines peuvent être considérées comme de véritables formes cliniques:

Douleur précoce,
Douleur nocturne,
Douleur du réveil,
Douleur continue.

1° FORMES OU L'ON RENCONTRE UNE DOULEUR IMMÉDIATE OU PRÉCOCE.

(Observations N^{os} III, XIV, XXII, XXIII, XXVI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, LV, LIX, LX, LXI, LXVIII; 16 ulcères dont 13 lésions duodénales.)

La douleur tardive est classique. Depuis longtemps elle a pris la place que les anciens auteurs réservaient à la douleur précoce dans l'ulcère gastrique (7). Cependant, les malades souffrant dès le repas ne sont pas rares.

Nous avons noté aux formes topographiques, les relations entre le siège de la lésion et l'horaire de la crise. C'est ainsi qu'une douleur semi-tardive se voit dans les ulcères ne comportant pas de note pylorique et que la douleur tardive traduit, à l'opposé, une gêne orificielle ou sous-pylorique. Nous avons vu également que de telles données admettaient des exceptions, nous n'y reviendrons pas.

Ce qui nous intéresse ici, c'est la *douleur précoce*, survenant « à table » ou *moins d'une demi-heure après le repas*. Sur les 70 observations que nous avons retenues, 16 présentaient des douleurs immédiates ou précoces.

1° Dans certains cas, la douleur précoce fait partie d'un *syndrome sensitivo-moteur banal* (MOUTIER). Parmi nos 16 observations il en était ainsi neuf fois.

2° Par ailleurs, ces manifestations précoces peuvent être rattachées à une *gastrite* évoluant en même temps que l'ulcus (MOUTIER et BELLIN, 1). Dans cinq de nos observations il s'agissait de *brûlures*, 1 cas seulement comportait à la gastroscopie la constatation d'une gastrite mamelonnée de la muqueuse dans la région du pilier droit (observation LXVIII); malheureusement l'étude du chimisme gastrique n'a pu être fait chez ce malade.

3° Il est plus difficile de reconnaître les manifestations précoces résultant directement *de la lésion* ou *de périviscérite*, et dont l'intensité serait classiquement, plus marquée.

Pour fixer les idées, nous avons noté la fréquence de certains éléments dans nos observations:

— dans 6 d'entre elles, les troubles précoces constituaient l'élément fonctionnel *essentiel* du tableau.

— dans 6 autres par contre, il s'y associait un syndrome douloureux à type de crampes *tardives*.

— 10 fois sur 16, il s'agissait d'un ulcère ancien, antérieur à quatre ans, et dans 3 cas, les brûlures précoces présentaient une intensité particulière.

— Citons enfin, l'âge de ces malades dont 13 sur un total de 16 étaient des hommes,

Moins de 20 ans : 2.

De 20 à 30 ans : 2.

De 30 à 40 ans : 6.

De 40 à 50 ans : 3.

De 50 à 60 ans : 1.

Plus de 60 ans : 2.

2° DOULEURS NOCTURNES.

(11 observations N^{os} X, XXI, XXXVIII, XLVI, XLVII, XLVIII, XLIX, LIV, LXIII, LXVI, LXIX. Bibl. 2.)

Classiquement, *l'ulcéreux souffre l'après-midi de 4 h. à 6 h. et après le dîner, de minuit à 2 h. du matin*. C'est dire que la douleur nocturne entre dans la description classique; notons cependant, que les douleurs du repas du soir peuvent ne pas être assez fortes pour réveiller le sujet.

Seules, d'ailleurs, nous intéressent les formes où la douleur est *uniquement nocturne ou à prédominance nocturne*. L'horaire est évidemment variable, mais nous insisterons d'une part sur les manifestations douloureuses se présentant le soir vers 10 heures, et, d'autre part sur la douleur survenant, plus tardivement que dans la description classique, à 2 h. ou 4 h. du matin.

Par ailleurs, parmi les observations que nous avons recueillies, nous avons séparé les cas où la douleur est continue à prédominance nocturne, observée dans 9 observations, et ceux où la douleur est *uniquement vespérale ou nocturne*, évoquant ainsi au maximum un syndrome vésiculaire.

Dans la première éventualité, ces malades souffrent toute la journée, mais d'une façon particulièrement pénible pendant la nuit. Nous reverrons ces formes aux douleurs continues.

Mais il convient, dès à présent, de noter la fréquence d'un *tableau cachectique* 6 fois rencontré, tableau surtout net dans le cas LXVI d'une malade qui souffrait quelquefois l'après-midi, toujours la nuit, qui maigrit de 15 kgs

en deux mois, et chez laquelle l'endoscopie décèle une lésion ulcéreuse sous-cardiaque *invisible à la radio*.

Dans l'autre éventualité, la douleur nocturne se détache nettement de l'ensemble du tableau (observations XXXVIII-LXIII et surtout LIV) ; il s'agit de sensations très pénibles, survenant uniquement le soir à 10 ou à 11 h., ou bien encore réveillant le malade entre 3 et 5 heures du matin, s'accompagnant souvent de nausées, de gaz. Cet horaire, l'intensité, l'aspect même de la crise, distinguent cette douleur des autres manifestations de l'ulcère.

Pour conclure, répétons que, si l'ulcère ne s'est jamais manifesté auparavant, s'il ne possède, par ailleurs, aucune autre symptomatologie typique, il peut arriver que de tels aspects en imposent pour un syndrome vésiculaire, dont la douleur nocturne est la manifestation courante et banale.

3° DOULEURS DU RÉVEIL.

(3 observations N^{os} XLI, XLII, XLVII d'ulcères duodénaux.)

Il s'agit de malades qui commencent à souffrir *dès qu'ils s'éveillent* ou *dès qu'ils se lèvent*. Ce syndrome matinal est à type d'*aérophagie* douloureuse très pénible; il s'accompagne de manifestations sensitivo-motrices et cesse soit spontanément, soit le plus souvent au moment du petit déjeuner; il peut dans certains cas se prolonger sous forme de malaise continu dans toute la journée.

Un tel aspect était typiquement réalisé dans l'observation XLVII, ainsi que dans une autre (obs. XLI) qui présentait surtout des brûlures, et par ailleurs, des douleurs nocturnes.

Un autre aspect est réalisé dans une troisième observation (XLII) rapportant un syndrome douloureux du réveil et de la verticale, un malade souffrant le matin dès qu'il met les pieds hors du lit, mais est calmé aussitôt et radicalement, s'il se couche de nouveau. On sait l'importance

qu'on doit attacher à la *ptose* dans ce dernier syndrome (10).

4° DOULEURS CONTINUES.

Ici encore l'horaire classique est perturbé, puisque la douleur perd son rythme prandial, devient *continue* tout au long de la journée, tout au plus calmée temporairement par les repas et exacerbée pendant la digestion.

Insistons sur le fait que ces tableaux se rattachent aux ulcères invétérés que nous avons déjà vus. Comme pour ces derniers il s'agit d'ulcères ayant jadis présenté une évolution typique qui, par la suite, deviennent atypiques, voyant leurs crises se souder entre elles et, à l'intérieur de chaque crise, les douleurs devenir plus fortes et se prolonger (observation XLV. Bibl. 5 et 8, p. 477).

Parfois cependant, c'est d'*emblée* que la douleur est continue (voir ulcères géants récents dans leurs formes térébrantes) (*).

Nous avons déjà cité beaucoup d'observations se rapportant à de tels faits; insistons cependant sur :

L'aspect cachectique pseudo-cancéreux, volontiers réalisé dans ces formes à douleurs continues (observations XLIII et XLIV). La pérennité des douleurs, leur évolution atypique coïncidant avec un état général touché (amaigrissement de 21 kgs en 18 mois par exemple dans l'observation XLIII), sont autant de signes évocateurs d'une lésion maligne de l'estomac.

Notons alors l'intérêt de la *radio* (XLIV) et surtout de l'*endoscopie*, cette dernière étant souvent *seule* capable de lever le doute en découvrant une lésion ulcéreuse (XLIII).

*
**

(*) Notons avec MATHIEU la fréquence des douleurs continues dans les lésions de la petite courbure gastrique.

1. BELLIN. Les gastrites ulcéreuses. (Thèse de Paris 1941.)
 2. L. BOUCHUT et R. FROMENT. Quelques formes douloureuses atypiques de l'ulcère gastro-duodénal. (Arch. des Mal. de l'App. Dig., Tome XXII, p. 353.)
 3. BOUVERET. Traité des maladies de l'estomac. (Paris, J.-B. Baillière, 1893.)
 4. Ch. DEBRAY. La pratique de la gastroscopie dans le diagnostic et la conduite du traitement de l'ulcère de l'estomac. (Paris, Maloine, 1936.)
 5. P. DUVAL. Ulcère de la petite courbure. (XXIX Congrès de Chirurgie, Paris 1920 in Arch. des Mal. de l'App. Dig. Tome II, p. 49.)
 6. LÉPER. Leçons de Pathologie Digestive. (III^e série, Masson 1914, p. 58.)
 7. MATHIEU. Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin. (Doin 1901, p. 610.)
 8. MATHIEU, J.-C. ROUX, MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale. (Tome I, pp. 384, 396, 472, 477, 498.)
 9. SAVY, FROMENT, CHAPUIS, JEUNE. Anomalie de la douleur des ulcères gastro-duodénaux. (*Presse Méd.*, 21-4-37, p. 609.)
 10. R. WAHL. Encyclopédie médico-chirurg. (Vol. estomac-intestins, fasc. 9003, p. 3.)
-

III

VARIATIONS PORTANT SUR LE SIEGE DE LA DOULEUR

Les douleurs extra-épigastriques de l'ulcère gastro-duodénal sont multiples, et pour les étudier il faut savoir séparer :

1° Les *irradiations* diverses qu'indiquent les malades et dont certaines sont classiques, telle la propagation dorsale et quelquefois gauche de l'ulcère de la petite courbure, sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

2° Principalement les crises douloureuses *débutant*, ou *se cantonnant* loin du creux épigastrique.

Ces dernières surtout nous intéressent ici et nous ne saurions trop insister sur l'importance diagnostique de la connaissance de tels aspects, ces malades se présentant avec des douleurs évocatrices d'un tout autre accident que l'ulcère.

Les bien connaître permet à l'occasion de penser à un ulcus gastro-duodénal devant :

- 1° un lumbago,
- 2° des douleurs thoraciques,
- 3° des douleurs abdominales basses diverses.

Quant aux crises ulcéreuses de type migraineux, nous les rangerons au syndrome sensitivo-moteur.

1° DOULEURS A TYPE DE LUMBAGO.

(2 observations, 1 ulcère duodénal N° XLIV, et 1 ulcère gastrique N° LIV).

Cette éventualité illustre ce que nous venons de dire puisqu'il s'agit de malades, présentant ou non un passé ulcéreux, qui, soit sporadiquement, soit de façon définitive, font des crises douloureuses uniquement rachidiennes et non plus épigastriques.

La douleur n'est plus à type d'irradiations dorsales, mais siège uniquement au niveau des reins, c'est une douleur en barre, accompagnée de difficulté pour se redresser, et cela en l'absence de tout signe attirant l'attention vers l'appareil digestif, si ce n'est le renforcement post-prandial de ce *lumbago*. Il peut du reste n'être pas continu et se manifester avec un rythme tardif, surtout en fin d'après-midi.

Dans deux de nos observations, il est permis de penser que deux crises de douleurs uniquement lombaires, sans manifestations épigastriques, furent *les premiers signes* d'un ulcère duodénal, révélé douze ans plus tard par un tableau de lésion invétérée, avec gêne pylorique et cachexie.

Ces observations personnelles sont en accord avec trois autres publiées par BOUCHUT et FROMENT, dans lesquelles, en l'absence de tous signes digestifs, la douleur lombaire, seul témoin de l'ulcère, était calmée par les alcalins.

2° FORMES THORACIQUES ET SCAPULAIRES.

(Bibl. 2, 3, 5).

Les irradiations hautes de l'ulcère gastro-duodénal sont nombreuses. Particulièrement nettes dans l'ulcère de la petite courbure (voir observation XXV), coïncidant alors souvent avec l'irradiation dorsale typique, on peut les voir aussi dans l'ulcère duodénal, comme le prouve l'observation LXXI. Mais cette observation nous intéresse surtout du fait qu'elle présente avec l'observation V des *crises douloureuses de type angineux*. Dans le cas N° LXXI où il existait un ulcère duodénal, la crise douloureuse à irradiations précordiales, présente un caractère angoissant manifeste; non calmée par l'alimentation, elle est en outre à *prédominance nocturne*.

Là encore les épisodes dramatiques extra-digestifs peuvent être les *premiers en date* de l'histoire ulcéreuse et dans l'autre observation que nous rapportons (V), la crise angineuse survint chez une malade ne présentant *aucun antécédent digestif*. En effet, Mme P... était réveillée au milieu de la nuit par des crises, récemment apparues, à début brutal, de douleurs parfois intolérables à type de fourmillements, d'élancements gagnant l'épaule et le bras, s'accompagnant d'*angor*. Ce tableau correspondait à un ulcère de la petite courbure gastrique de grandes dimensions (cité aux ulcères géants). Une gastrectomie pratiquée à la fin de décembre 1941, amena une disparition des crises angineuses.

3° DOULEURS ABDOMINALES BASSES. COLIQUES ABDOMINALES.

(4 observations d'ulcères duodénaux, 1 ulcère de la petite courbure gastrique).

Ici la note abdominale basse domine; la douleur épigastrique, si elle existe, n'est que secondaire; la scène principale est dans l'étage sous-ombilical de l'abdomen.

En fait il y a lieu de distinguer:

— d'une part les crises qui *débutent* par une douleur abdominale (XIX). Un des cas que nous rapportons concerne un ulcère duodénal invétéré, vieux de 12 ans, dont les douleurs en « étai », para-ombilicales gauches irradiaient secondairement dans le dos et vers l'épigastre (voir aussi le N° LXXXII).

— les crises de douleurs *uniquement* abdominales, d'autre part, dont nous relatons deux cas, dont un assez complexe de douleurs basses sous-ombilicales droites, correspondant à un ulcère de la deuxième portion du duodénum, avec participation vésiculaire et pancréatique (observation XXIII; voir aussi le N° IV).

— Nous citerons enfin les cas fréquents de diverses coliques abdominales basses, manifestations digestives banales,

souvent *sans rythme prandial*. L'observation LXX illustre d'une façon particulièrement intéressante un ensemble de faits dans lesquels ces coliques fugaces, non rythmées, sont les seuls témoins, avec un état nauséeux permanent, d'un ulcère gastro-duodénal. Là encore nous insisterons sur le fait que, l'attention n'étant pas attirée vers une telle lésion, ces malades peuvent être soignés pour toute autre chose; le nôtre en particulier révéla par une perforation un ulcère évoluant ainsi sans doute depuis près de cinq mois.

*
**

1. BOUCHUT et FROMENT. Quelques douleurs atypiques de l'ulcère gastro-duodénal. (Arch. des Mal. de l'App. Dig., Tome XXII, p. 353.)
 2. CADE et PARTURIER. Point douloureux phrénique cervical gauche de l'ulcère juxta-pylorique. (*Revue de Méd.*, sept-oct. 1919.)
 3. LÉPER. Leçons de pathologie digestive. (III^e série. Masson 1914.)
 4. MATHIEU. Ulcus et colite. (*Gazette des Hôpitaux*, 4-6-14.)
 5. R. SAVIGNAC. Localisation extra-épigastrique de la douleur de l'ulcère gastro-duodénal. (Arch. des Mal. de l'App. Dig., Tome XXVII, p. 75.)
-

IV

VARIATIONS PORTANT SUR LA NATURE ET LA FORME DE LA DOULEUR

La forme classique de la douleur est la *crampe tardive*, calmée par les aliments et les alcalins. Après avoir mis à part les brûlures, nous avons essayé de classer par ordre d'intensité les formes douloureuses de l'ulcère gastro-duodénal.

Au même titre que l'horaire et le siège, la nature et l'intensité de la douleur, admettent des variations et pour les décrire, les malades se servent d'un luxe de détails.

1° BRULURES.

(15 observations N° XL, XLI, LIV, XXXIII, XXXII, XIV, XIII, III, XXX, XXXIV, LXII, XXIV, LVI, LIX, XXXIX, dont 6 de siège gastrique.)

Les douleurs de l'ulcère gastro-duodénal sont classiquement à type de crampes. Il est fréquent cependant, de les voir, soit associées à des brûlures, soit remplacées par elles.

La brûlure est une sensation spéciale qui ne peut prêter à confusion : les malades ont pour la décrire les mêmes mots; les mêmes images, *elle ne ressemble à aucune autre sensation*.

Parmi nos observations, 15 présentaient des brûlures, 6 correspondaient à une localisation gastrique de l'ulcère (surtout petite courbure).

Alors que les crampes gastriques semblent correspondre à un spasme gastrique ou pylorique, la brûlure est la manifestation de la *douleur solaire*, ainsi que de l'irritation de la muqueuse (aliments irritants ou muqueuse pathologique).

Elle peut être précoce, accompagnée alors de régurgitations acides, de pyrosis. Nous l'avons vue aux douleurs précoces; il est à noter que dans nos observations elle correspond toujours à des *ulcères duodénaux*.

Parfois elle est *associée* à des crampes tardives.

Parfois enfin, d'horaire tardif elle-même, elle constitue l'élément fonctionnel fondamental de la crise (observation XXXIX), pouvant se manifester d'une façon discrète d'ailleurs, en l'absence de tout autre signe fonctionnel (observation XL).

Il nous a paru intéressant de rechercher la fréquence des *gastrites* dans nos observations présentant des brûlures. Malheureusement nous n'avons que quatre observations (dont trois d'ulcères gastriques) avec une endoscopie témoignant de gastrite. Tout porte à croire que cette éventualité est plus fréquente, et l'action du Collargol sur l'élément brûlure en est une preuve (XXIV).

En résumé, soulignons la fréquence et l'importance de ces manifestations fonctionnelles de l'ulcère qui semblent mériter « en pathologie digestive une place bien spéciale... une individualité nosologique singulière ». (G. DURAND.)

2° FORMES DISSIMULÉES. FORMES FRUSTES.

(3 observations LXVII, LXIX, LXX, dont 2 de lésions gastriques, et 1 de lésion duodénale.)

Un tel ordre de faits a attiré l'attention de nombreux auteurs, ce dont témoigne une bibliographie importante.

Il n'est plus question ici de crises paroxystiques, ni de rythme douloureux, il s'agit de *formes frustes* présentant un tableau dyspeptique *banal* peu évocateur d'ulcus (voir observation LXX), ou encore de *formes à symptomatolo-*

gie extra-gastrique, dont un amaigrissement isolé ou une anémie cryptogénétique constituent la seule manifestation.

A l'extrême, il existe de véritables ulcères muets, ulcères sans aucun signe clinique, dont tous les auteurs sont d'accord pour noter la fréquence dans les lésions des faces de l'estomac. (MATHIEU, LÆPER, etc. Bibl. 9, 10, 15), et l'un des deux ulcères dissimulés gastriques que nous rapportons siégeait à la face postérieure.

Découvertes radiologiques ou gastroscopiques, ces formes permettent d'imaginer la possibilité d'ulcères évoluant entièrement sans manifestation clinique et dont on ne peut guère évaluer la fréquence. (MOUTIER, 16.) ..

Les ulcères muets peuvent, après une évolution latente, se manifester :

1° Soit par un tableau brusquement accéléré (voir ulcères géants récents).

2° Soit par une complication et nous rapportons deux observations de tels cas (LXX-LXVII) ; l'un d'un ulcère de la petite courbure gastrique révélé par une perforation, l'autre d'un ulcère duodénal dont la première manifestation apparente fut un meloena. (Observation LXVII. Bibl. 3, 4, 11, 13.)

Dans de tels cas, étant donné la pauvreté du tableau clinique, c'est aux méthodes d'exploration directe — radio et gastroscopie — que revient la première place.

Notons pourtant l'absence fréquente d'images radiologiques dans ces ulcères, éventualité qui s'est présentée à une époque de l'évolution de l'ulcère duodénal latent que nous rapportons.

Par ailleurs, le cas de Mme M... présente un intérêt particulier. Une gastro-entérostomie, pratiquée à la suite de l'aggravation récent d'un tableau dyspeptique ancien, amena une sédation complète des signes fonctionnels. De décembre 1941 à octobre 1942, la malade affirme n'avoir ressenti aucun trouble. Or, une radio montre une niche haute de la face postérieure près de la petite courbure.

Par contre, une gastroscopie (10/42) ne décèle aucun

ulcère fundique haut, mais des contractions creusant des dépressions bursiformes de la paroi postérieure, et d'autre part un ulcère peptique de 8 à 10 mm. qui était donc :

- a) sans manifestation clinique,
- b) sans manifestation radiographique.

Une telle dissociation gastro-radioscopique — que nous reverrons plus loin — souligne l'intérêt de l'endoscopie qui, par ailleurs, a permis d'envisager la question de l'*ulcère dans l'intervalle des crises*. Le problème mérite d'être placé à la fin de ce paragraphe, car, si d'une part l'endoscope trouve parfois une cicatrice ulcéreuse, souvent il découvre dans une période de rémission une lésion — ulcère dormant (MOUTIER) ou ulcère apaisé (LÆPER) — dont l'aspect est à présent bien connu (SCHINDLER-MOUTIER).

3° FORMES A SYNDROME SENSITIVO-MOTEUR. (MATHIEU, MOUTIER.)

(11 observations dont 9 de lésions duodénales, N° XXIX à XXXVII, LIII, LXV.)

Ce syndrome est retrouvé dans un grand nombre d'ulcères gastro-duodénaux. Nous ne rapportons pas tous ceux que nous avons rencontrés dans les 750 cas passés en revue, dont ils représentent plus de 10 0/0 (16 0/0 des cas dans la thèse de DEBRAY, la moitié des formes atypiques). Nous en avons retenus 11 seulement, parmi les plus intéressants (3).

Cliniquement, ces tableaux méritent d'être rapprochés des formes frustes que nous venons de voir. Ils comprennent des troubles *banaux*, souvent même *discrets*, parmi lesquels il faut citer le ballonnement, les pesanteurs, les aigreurs d'une part (voire quelques brûlures ou quelques crampes), des éructations, des bouffées de chaleur, des maux de tête, une somnolence post-prandiale, par ailleurs.

Ces troubles sont généralement rythmés par les repas :

1° soit avec un horaire précoce (en sortant de table —

5 cas, pouvant alors être suivis de crampes tardives — 3 cas);

2° soit d'horaire tardif (2 fois rencontrés);

3° enfin, les malaises peuvent être continus, soulagés par les repas, reprenant 2 ou 3 heures après (observation XXXVI).

Dans une de nos observations, les manifestations sensitivo-motrices, *n'étaient pas rythmées par les repas*; d'allure banale par ailleurs, elles ne furent pas suffisantes pour évoquer un ulcère gastrique dont l'existence fut révélée par une perforation (observation XXXVI vue aux formes frustes). Signalons des douleurs ulcéreuses à *forme de migraines*, trouvées dans plusieurs de nos observations (voir surtout observations XXXI et LIII).

De telles éventualités sont d'un grand intérêt; elles expliquent les cas où des ulcéreux méconnus sont soignés pour une aérophagie, une ptose, une dyspepsie banale.

Ici encore, ressort le rôle capital de la radiographie et de la gastroscopie pour contrôler un tableau digestif banal.

4° FORMES NAUSÉEUSES.

(Observation LXX.)

Nous ne ferons que citer cet aspect assez fréquent. M. LÆPER en fait un élément essentiel du syndrome de névrite des filets de vague, dans la forme typique, « vago-tonique » de l'ulcère de la petite courbure gastrique, que nous verrons au paragraphe suivant.

Nous avons retrouvé des nausées particulièrement importantes dans un ulcère dissimulé de la petite courbure, dont elles constituaient le signe majeur.

Nous rapprocherons de cette allure atypique:

Les formes vomitives (observations N° XXXV, XLIV, LII, LIII, LXII), dans lesquelles on reconnaît, outre les formes à vomissements liquides, abondants, tra-

duisant une gêne pylorique (voir les crises d'un jour de l'ulcère duodénal et les formes avec hypersécrétion. Bibl. 9, 10), les aspects comportant des vomissements alimentaires, survenant loin des repas (7 h. du soir par exemple pour les aliments ingérés à midi dans le cas XLIV), aspects cliniques traduisant la stase grave, ce tableau de sténose tardive pouvant aboutir à la longue à une intolérance gastrique totale (LIII), compliquant singulièrement le traitement et le pronostic.

Notons enfin, à titre exceptionnel, les « ulcères à vomissements incoercibles » signalés par LENOIR et RICHET; dans lesquels entre en jeu une insuffisance hépato-rénale (10).

5° SYNDROME VAGOTONIQUE (LÆPER, *bibliographie* 5, 6, 7, 8).

Ce syndrome concernant des ulcères de la petite courbure, résultant d'une irritation des filets nerveux du pneumogastrique, est caractérisé par :

- des douleurs très violentes,
- survenant soit en sortant de table, fugaces, reprenant deux heures après, soit d'horaire uniquement tardif, soit d'allure continue enfin;
- une irradiation dorsale (D8),
- un *état nauséux* pouvant entraîner un dégoût total pour les aliments;
- une *salivation abondante* au début et à la fin de la digestion;
- une *bradycardie*, une exagération du *réflexe oculocardiaque*;
- un *amaigrissement considérable*;
- l'absence de signes pyloriques enfin, et la constatation d'un spasme médiogastrique caractéristique à la radio.

Cet aspect, décrit à plusieurs reprises par M. LÆPER, a été trouvé dans plusieurs de nos observations; nous en

avons retenu deux exemples (voir observations XXV-XXVI).

6° LE SYNDROME TABÉTIFORME DE L'ULCÈRE GASTRIQUE.

(2 observations d'ulcères de la petite courbure gastrique, N° LVI-LVII.)

Cet ordre de faits a inspiré une quantité de travaux, dont nous avons essayé par ailleurs de classer les éléments bibliographiques principaux.

Comment se présente ce tableau dont nous rapportons deux cas?

Il s'agit de malades présentant une crise *solaire* brutale, « tabétiforme », caractérisée par un début et une terminaison brusques, ainsi que par la violence des symptômes. C'est en effet d'une façon soudaine que nos deux malades sont pris de *douleurs* d'une intensité excessive, épigastriques à irradiations dorsales, de *vomissements* incoercibles, d'abord alimentaires, puis glaireux, le tout s'accompagnant d'une atteinte profonde de l'état général. « Le malade est pâle, fatigué, grippé » (observation LVI), « choqué » (observation LVII). Après une durée de plusieurs jours (8 jours dans nos deux cas), la crise est arrêtée sous l'influence d'injections d'atropine.

De tels aspects soulèvent un triple problème diagnostique, si l'on écarte les autres causes possibles de crises solaires, et en particulier le cancer du corps du pancréas, pour n'envisager qu'ulcère et tabes:

1° Il peut s'agir vraiment d'un tabes dont les crises gastriques évoquent un ulcus. Le diagnostic se faisant difficilement (classiquement inefficacité du traitement de l'ulcère. Bibl. 25).

2° La crise gastrique survient chez un syphilitique ancien, posant des problèmes pathogéniques, longtemps débattus (P. BONNET et P. DELORE, HUNT et LISA. Bibl. 2, 10).

3° L'éventualité qui nous intéresse directement ici concerne *la forme pseudo-tabétique de la crise ulcéreuse*.

Dans le cas de M. Le D... par exemple, la crise dramatique, d'apparition brutale résistant plusieurs jours à toute thérapeutique (il présentait par surcroît une paresse pupillaire) est absolument évocatrice de tabès. Malgré la constatation d'une niche de la petite courbure gastrique, *une PL est pratiquée*, ramenant un liquide à cytologie normale, BW négatif, Benjoin colloïdal normal.

Dans l'autre observation, il fallut le témoignage d'une gastroscopie, pour affirmer le diagnostic d'ulcère de la petite courbure, diagnostic confirmé par le fait qu'une intervention chirurgicale amena la disparition des crises solaires.

En conclusion, « la crise gastrique d'allure tabétique n'est pas une entité spécifique, mais un syndrome que l'on ne rencontre pas seulement dans le tabes, mais dans l'ulcère de la petite courbure et dans certaines gastrites ulcéreuses » (MOUTIER), elle semble traduire des lésions nerveuses des filets du pneumogastrique (LEPER).

7° DOULEURS PERSISTANTES ET RÉSISTANTES.

(Observations N^{os} VII, XV, XXI, XLIX, LI, 2 ulcères de la petite courbure, 1 de la face postérieure, 2 du duodénum).

1° *Dans certains cas la prise d'aliments n'amène aucune sédation de la douleur.*

Cet aspect correspond le plus souvent à des formes térébrantes, à crises continues, souvent à des formes invétérées.

Il semble que la fréquence du siège à la petite courbure, classiquement reconnue, soit justifiée. Cette allure s'expliquerait du fait de la lésion directe des filets nerveux par le processus extensif (MATHIEU 5).

Deux des ulcères rapportés concernent l'estomac et l'un siègeait, en particulier, à la petite courbure.

2° Dans certains cas, la crise douloureuse se montre rebelle aux moyens thérapeutiques classiques.

Nous avons déjà parlé longuement des ulcères présentant des crises tabéti-formes, dramatiques, résistant à tout médicament. Il existe d'autres formes dont la symptomatologie est différente, mais qui se montrent également rebelles à l'action thérapeutique. Il peut s'agir :

— d'un ulcère invétéré dont la symptomatologie s'est progressivement abâtardie. L'état de ces malades est particulièrement alarmant étant donné l'intensité habituelle des douleurs (voir ulcères invétérés, douleurs continues).

Un de nos cas répond à cet aspect, puisqu'il concerne un ulcère duodénal évoluant depuis dix ans avec paroxysmes volontiers nocturnes (obs. XXI).

— Souvent par ailleurs, c'est la petite courbure gastrique qui est en cause, comme dans l'observation VII qui se rapporte à une lésion de grande dimension sus-angulaire. M. LÉPER, de son côté, a relaté un cas d'ulcère de la petite courbure présentant des douleurs non clamées par le bismuth du fait de la situation haute de la lésion, calmée dans la position de Trendelenbourg (4).

8° FORMES NÉVROPATHIQUES.

(8 observations, N^{os} VII, X, XV, XXII, XXVII, XXVIII, XXXVI, LXVIII).

Pour MATHIEU (5) : « Les ulcéreux sont souvent des névropathes, d'une névropathie qui, suivant les cas, peut préexister à l'ulcère, ou bien apparaître, s'affirmer en tout cas, à son occasion ».

L'étude du psychisme au cours de l'ulcère de l'estomac devait attirer l'attention de nombreux auteurs. Outre MATHIEU, notons SOUPAULT (6), JULLICH (3) et plus près de nous DAVIES et WILSON (1).

La question semble se diviser en deux parties :

1° Etude de l'influence des manifestations émotives (ennuis, chagrins) sur l'apparition ou la reprise d'un ulcus.

2° Etude du psychisme proprement dit au cours de la maladie, telle que MATHIEU l'a définie:

— Soit survenue d'un ulcère compliquant, aggravant un état névropathique préexistant.

— Soit apparition de troubles du caractère du fait de l'évolution d'une lésion gastrique.

1° La première partie de la question a été traitée à fond par DAVIES (1). Après avoir signalé l'importance de l'agitation des grandes villes, le rôle de l'activité des sujets, cet auteur a tenté une étude statistique recherchant les facteurs émotifs susceptibles d'être retrouvés dans la période qui précède l'apparition ou la rechute d'un syndrome dyspeptique, et cela en rapport avec l'âge du malade. Sont étudiés ainsi les ennuis d'argent, les maladies, les chagrins, les ennuis domestiques ou familiaux.

Les auteurs anglais en arrivent à la définition d'un « type » ulcéreux, dont le caractère et aussi le faciès sont évocateurs, touchant ainsi la deuxième partie du problème que nous verrons plus loin.

Nous-mêmes, dans les observations que nous rapportons, avons noté un certain nombre de cas où les soucis de la vie semblent avoir eu une importance considérable dans la période qui a précédée l'apparition, la reprise ou l'aggravation de la maladie.

C'est ainsi que l'on relève le rôle d'un cambriolage (XXVII), de l'incarcération d'un conjoint (XXII), et surtout de la guerre: début des hostilités (XV), offensive du printemps 1940 (XXXVI-XXVIII). Citons pour finir, l'aggravation dramatique de l'état d'un malade sinistré à Boulogne, le 3 mars 1942 (M. Le G., VII).

2° L'autre partie du problème intéresse les troubles psychiques, proprement dits, au cours d'une maladie ulcéreuse.

— Soit que l'état névropathique préexiste, les manifestations subjectives prenant alors une *allure particulièrement dramatique*, tandis que l'anorexie vient souvent aggraver l'amaigrissement.

— Soit que la psychose, soit le résultat du processus ulcéreux, éventualité dont rendent compte: l'intensité des douleurs, leur répétition paroxystique, souvent nocturne empêchant le sommeil, le déclin de l'état général.

Il est difficile d'ailleurs de détacher franchement les deux modalités, mais notons que, dans un cas comme dans l'autre, on peut assister à la réalisation d'un « type psychique » ulcéreux, au demeurant très variable:

— soit à type de neurasthénie banale (X),

— parfois avec idées obsédantes, au premier rang desquelles il faut mettre la crainte du cancer (*),

— pouvant même réaliser un tableau pseudo-revendicateur,

— empruntant volontiers un caractère cyclothymique du fait des « hauts et des bas » de l'allure évolutive (LXVIII).



Brûlures

1. I. BRONSTEIN. (Thèse de Paris 1934.)
2. G. DURAND. La causalgie digestive. Douleurs à forme de brûlures de l'œsophage, de l'estomac, du gros intestin. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. Tome XXX, p. 23.)
3. R. WAHL. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. (Estomac, Intestin. 9.003, p. 3.)

Formes dissimulées

1. A.-W.-B. BALL. De la perforation de l'estomac au cours d'ulcères latents ou méconnus. (Thèse de Paris 1904.)

(*) Une observation de M. MOUTIER concernait un malade dont l'état s'est trouvé amélioré par l'affirmation formelle, à la suite d'une gastroscopie, de l'absence de lésion maligne. (Citée par Ch. DEBRAY, Thèse de Paris 1937.)

2. BOUVERET. Forme dyspeptique. (Traité des maladies de l'estomac. Paris 1893, Baillière.)
3. P. CHEVALLIER et F. MOUTIER. Les lésions gastriques et leur contrôle endoscopique. (*Presse Méd.*, 15 novembre 1936, p. 1814.)
4. P. CHOPPIN. De la perforation de l'ulcère latent de l'estomac. (Thèse de Paris 1896.)
5. DEBOVE et ACHARD. Maladies du tube digestif. (Tome I, Masson 1907, p. 612.)
6. G.-M. DEBOVE et RÉMOND. Formes latentes. (Traité des maladies de l'estomac. Paris Rueff, 1893, p. 269.)
7. CURT KAYSER. Contribution clinique et statistique à l'étude de l'ulcère de l'estomac à Munich. (*Munchener Med. Woch.*, 7 décembre 1909.)
8. KUTTNER. Verhandlungen der zweiten Tagung neber Verdauungs und Stoffwechsel Knauk Neiten. (Berlin 1921.)
9. LAROYENNE et LEVRAT. Ulcère de la face antérieure de l'estomac. (Soc. Nat. de Méd. et de Sciences Méd. de Lyon, 10 novembre 1926.)
10. LÉPER. Leçon de pathologie digestive. (Troisième série, pp. 71 à 92.)
11. LÉPER. (*Monde Médical*, 15 octobre 1913, p. 497.)
12. MATHIEU. Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin. (Doin 1901, p. 608.)
13. MATHIEU, ROUX, MOUTIER. Ulcère perforant aigu des jeunes femmes. (*Pathologie gastro-intestinale*. Doin 1923, p. 402.)
14. F. MOUTIER. Ulcère dormant, essai de clinique gastroscopique. (Soc. de Gast. Ent. de Paris, 9 octobre 1933.)
15. F. MOUTIER. Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac. (Paris Masson 1935.)
16. MOUTIER et A. GIRAULT. Un cas d'ulcère diverticulaire de la petite courbure insidiosité du développement malgré de très fortes dimensions. (Soc. de Gas. Ent. de Paris, 6 juillet 1925.)
17. POIREAU-DELPECH. Ulcère latent, hématémèse à l'occasion

de la vaccination antithyphoïdique. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 7 mai 1915, p. 618.)

18. M. SOUPAULT. Traité des maladies de l'estomac. (J.-B. Baillière 1905, p. 533.)
19. Y. TERAUCHI et K. WATANABE. Symptômes généraux chez les sujets souffrant d'ulcères gastriques et duodénaux. (*Japan. Journal of Gastro-Ent.* Juillet 1934, N° 2, pp. 46-48.)

Formes sensitivo-motrices, nauséuses, syndrome vagotonique.

1. BOUVERET. Formes dyspeptiques. (*Traité des maladies de l'estomac.* Paris, J.-B. Baillière 1893, p. 280.)
2. DEBOVE et RÉMOND. Traité des maladies de l'estomac. Paris 1893, p. 262).
3. DEBRAY. (Thèse de Paris 1937, p. 37).
4. R.-A. GUTMANN. Les syndromes douloureux de la région épigastrique. (Doin éditeur, Paris 1934, Tome I, pp. 52, 53, 55).
5. LÆPER. Leçons de pathologie digestive. (Troisième série, Masson 1914, p. 75.)
6. LÆPER. Leçons de pathologie digestive. (Sixième série. 1914, p. 68).
7. LÆPER. A propos de l'ulcus de la petite courbure. (*Le Monde Médical*, 1^{er} mars 1922.)
8. LÆPER et SCHULMANN. Les lésions du pneumogastrique et le syndrome de l'ulcère de la petite courbure. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 30 mai 1913.)
9. MATHIEU, ROUX, MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale. (1923, Tome I, pp. 383, 440 à 447, 482.)
10. LE NOIR, RICHET fils et JACQUELIN. Ulcère à vomissements incoercibles. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.* 1921).
11. SAUPHAR. (Tèse de Paris 1910).

Formes pseudo-tabétiques

1. BABINSKI, DUFOUR. (*Soc. de Neurologie.* Décembre 1912. Rapporté par G. DURAND et Stéph. CHAUVET. *L'Hôpital*, N° 1.)

2. P. BONNET et P. DELORE. Ulcère de l'estomac chez un tabétique présentant des crises gastriques; disparition des crises après ablation de l'ulcère. (*Lyon Médical*, 31-3-29.)
3. P. CARNOT et Mlle BRUYÈRE. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 16 novembre 1917.)
4. COURMENOS et CONOS. Polynévrite de l'ulcère gastrique. (*L'Encéphale* 10-11-09. N° 11, p. 423.)
5. G. DURAND et Stéph. CHAUVET. (*L'Hôpital* N° 1, p. 423.)
6. ENRIQUEZ, BABINSKI, CHAUVET et G. DURAND. (*Soc. de Neurologie*, 6 mars 1913.)
7. H. FULL et L.-V. FRIEDRICH. Ulcère gastrique et tabès. (*Münchener Medizinische Woch.* N° 34, 25 août 1922.)
8. A. GIRAULT. Ulcère gastrique à symptomatologie tabétique. (*Soc. de Gastro. Ent. de Paris*, séance du 10 juin 1929.)
9. GUTMANN. Les syndromes douloureux de la région épigastrique. (Doin 1934, Tome I, p. 54.)
10. HUNT et LISA. Ulcères gastriques et duodénaux dans le tabès. (*Jour. of Amer. Med. Assoc.*, 10-1-31.)
11. KLIPPEL et M.-P. WEILL. Les complications neurologiques de l'ulcère de l'estomac. (*La Revue Médicale*, 23 septembre 1911, p. 753.)
12. KLIPPEL et M.-P. WEIL. Crises tabétiformes de l'ulcère gastrique et fausses hématomésos tabétiques. (*Arch des Mal. de l'App. Dig.* Tome XI, p. 280.)
13. KLIPPEL et M.-P. WEIL. Syndrome polynévritique de l'ulcère gastrique. (*L'Encéphale* N° 5, mai 1909.)
14. LAMY. Crises gastriques d'un syphilitique ancien simulant les crises tabétiques, liées à un ulcère duodénal. Guérison après traitement. (Rapporté par J.-C. ROUX. Séance du 8 janvier 1925 de la Soc. de Gastro-Entérol. de Paris.)
15. LERICHE. (*Revue de Chirurgie de Lyon*, 1914.)
16. MATHIEU, ROUX, MOUTIER. Pathologie Gastro-Intestinale. (Doin 1923, Tome I, pp. 329, 404, 405, 431, 478.)
17. GALLART MONÈS. Crisis Gastricas Seudo Tabetica. (*Oche lecciones clinicas*. Barcelone 1935.)

18. F. MOUTIER. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. (*Estomac, Intestin, GastroscoPie*, p. 7.)
19. J.-C. ROUX et A. GIRAULT. (Soc. de Gas. Ent. de Paris. Juillet 1933.)
20. R. SAVIGNAC et A. ALIVISATOS. Contribution à l'étude de l'ulcère gastrique à forme tabétique. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.* 1921, Tome II, p. 73.)
21. TOLOT et FROMENT. Crises gastriques au cours d'une polynévririe; état de l'estomac. (*Soc. Méd. Lyon*, 24 novembre 1908, et *Lyon Médical* 1908, p. 1005.)
22. BONORINO UDAONDO. Ulcus gastrico y síndrome polineurítico. (Estudios de Gastro-Enterología. Buenos-Aires 1926.)
23. BONORINO UDAONDO, CASTAIGNE et GOGNALONS. Les crises douloureuses tabétiques dans les ulcères. (*Revue Méd.* 1930, N° 9.)
24. L. URRUTIA. Ulcera duodenal tabetiforme. (*Archivos Argentinos de enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición.* 1927, Tome II, N° 5, p. 660.)
25. Mlle WAYNCOP. Crises gastriques au début de tabes et en dehors du tabes. (Thèse de Paris 1905.)
26. M.-P. WEIL. Les ulcères gastriques à symptomatologie tabétique et le pseudo-tabes de l'ulcère de l'estomac. (*Soc. de Gastro-Entérol. de Paris.* Séance du 14 octobre 1929.)

Douleurs résistantes. Formes névropathiques.

1. DAVIES et WILSON. Observations on the life history of the chronic peptic ulcer. (*The Lancet*, 11-12-37.)
2. GUTMANN. Syndromes douloureux de la région épigastrique. (Tome I, p. 54.)
3. L. JULLICH. Des formes cliniques de l'ulcère de l'estomac chronique et récidivant. (Thèse de Paris 1905, p. 24.)
4. M. LÉPER. Leçons de Pathologie digestive. (Troisième série, p. 62.)

5. MATHIEU, ROUX, MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale.
(Doin 1923, pp. 405, 472, 478, 526.)
 6. SOUPAULT. Traité des maladies de l'estomac. (J.-B. Bail-
lière. Paris 1905, p. 535.)
-

V

FORMES SELON L'ÂGE. FORMES FAMILIALES

1° L'ÂGE DES ULCÉREUX

« Chez les hommes c'est entre 30 et 40 ans que l'ulcère présente son maximum de fréquence, chez les femmes c'est entre 20 et 30 ans. » (MATHIEU, ROUX, MOUTIER, 13.)

Ces données sont classiques, mais il n'est pas rare de rencontrer des ulcères dans l'extrême jeunesse, de même que chez les gens âgés; de nombreux auteurs se sont occupés de ces cas, comme en fait foi une bibliographie importante.

Cette étude peut se faire dans le double cadre des aspects classiques et atypiques.

On peut rencontrer des formes répondant à la description typique que nous avons donnée aussi bien au-dessous de vingt ans, que passé la soixantaine. Ce qui nous intéresse directement, c'est la fréquence et l'aspect particulier de ces formes.

Les formes jeunes nous retiendront d'abord, mais, laissant de côté le nouveau-né et le nourrisson, dont les lésions sont plutôt à type d'ulcérations reproduisant volontiers le syndrome d'ulcère pylorique de l'adulte, et comporte un pronostic très sévère, c'est à la forme des enfants et des adolescents que nous nous arrêterons.

Parmi nos 73 observations, nous avons trouvé, concer-

nant des enfants et des adolescents, sept cas (*) retenus parce qu'atypiques pour d'autres raisons. Ils concernent trois garçons et quatre filles, et il est à noter que la date d'apparition des troubles coïncide avec la période de *puberté*: de douze à quinze ans chez les filles, de quatorze à seize chez les garçons.

Nous mettrons à part l'observation, particulièrement intéressante, de Mlle Le G..., petite fille de neuf ans, énrésique, nerveuse, enfant nettement anormale et dont l'ulcère est apparu dans une période particulièrement critique, en plein développement; suivie pour son état général, après la guérison clinique de son ulcère duodénal, on a assisté à une véritable transformation de l'aspect de cette petite malade (observation L).

Les ulcères duodénaux prédominent nettement dans les formes des jeunes, puisque mis en cause six fois sur sept (5).

Les facteurs atypiques pour lesquels ces observations ont été retenues sont divers, avec prédominance très nette de crises frustes à type sensitivo-moteurs, s'accompagnant de lipothymies, bouffées de chaleur, fourmillements, etc...

Ces aspects anormaux confirment donc la conception classique de la fréquence des *formes dissimulées*, voire des *formes latentes* chez les jeunes, de tels ulcères pouvant passer inaperçus ou mériter un diagnostic banal d'aérophagie, d'appendicite, ou de ptose.

Chez les gens âgés, MATHIEU donne les chiffres de 12,5 0/0 chez l'homme et de 4,7 0/0 chez la femme au-dessus de soixante ans, et cite quelques cas au-dessus de soixante-dix.

Parmi nos 73 formes atypiques, 8 hommes et 6 femmes dépassaient la soixanteine, 2 hommes avaient 73 et 75 ans, ce qui donne les chiffres de 13,88 0/0 chez les hommes, et de 6,33 0/0 chez les femmes; ces proportions plus élevées viennent de la plus grande fréquence des aspects

(*) Observations N^{os} IV, XXXI, XXXII, L, LI, LXI, LXIII.

atypiques chez les gens âgés, fréquence sur laquelle nous allons revenir (*).

L'aspect clinique demande en effet de considérer d'une part l'ulcère classique, « ulcère jeune chez les vieux », dont l'aspect clinique *ne diffère en rien de celui de l'adulte*, et, principalement en ce qui nous concerne, les *formes atypiques de l'ulcère chez les gens âgés*, dont nous apportons au total 15 cas ayant entre 61 et 75 ans.

Mais là encore il faut distinguer :

1° Les ulcères *apparus* après 60 ans et dont l'aspect est *d'emblée* atypique, que nous avons trouvés 6 fois chez les hommes et 3 fois chez les femmes.

2° Les ulcères *anciens* dont la plupart ont présenté un tableau plus ou moins typique pendant un temps, pour devenir irréguliers par la suite.

Partant de ce principe, déjà signalé, que les formes atypiques sont souvent des formes *devenant* atypiques, il nous a paru intéressant de dresser, chez les hommes et chez les femmes, un tableau donnant les dates de premières manifestations des lésions, et, par ailleurs, l'âge auquel les malades furent vus et présentaient un aspect irrégulier.

Grâce à ces doubles courbes, on peut tirer un certain nombre de conclusions :

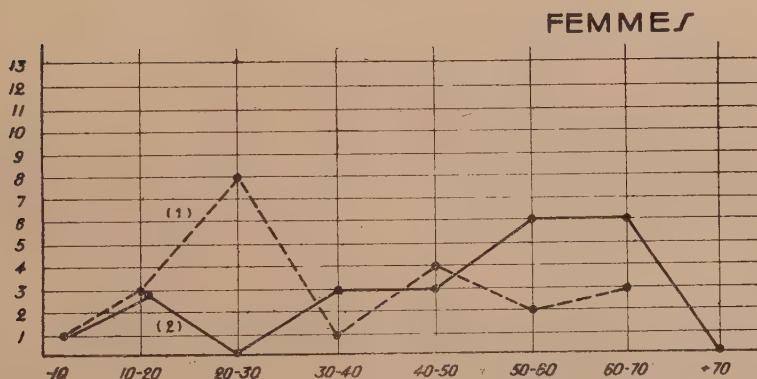
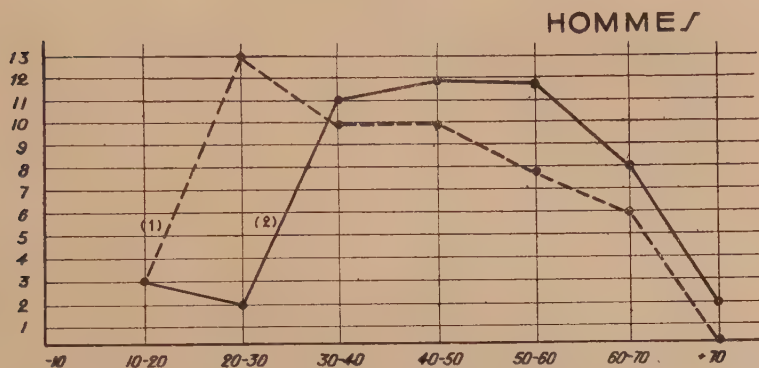
1° La courbe donnant l'âge d'apparition montre, entre 20 et 30 ans, une fréquence maxima de premières manifestations, souvent très antérieures à la période où les malades sont vus pour des aspects jugés atypiques; cette fréquence allant en diminuant par la suite, et ne dépassant pas 70 ans.

2° La courbe de l'âge actuel des malades, montre à l'opposé, une fréquence relative jusqu'à trente ans, un maximum entre 40 et 60, et se continue pour dépasser 70 ans.

(*) (I, V, VI, VII, IX, XIV, XVI, XVII, XXVII, XXVIII, XXIX, XXXV, LVI, LXIV, LXX, LXVI, LXXII).

Il nous faut envisager pour terminer l'aspect clinique sous lequel ces formes se manifestent :

1° Ce peut être une accélération de l'évolution parallèle au processus extensif de la lésion, éventualité que nous avons vue aux ulcères géants;



Courbes de l'âge d'apparition de l'ulcère (1) et de l'âge actuel des malades (2).

En ordonnée le nombre de cas, en abscisse les âges.

2° Des lésions banales ou dissimulées pouvant se manifester brutalement par une perforation ou une hémorragie;

3° Des aspects *invétérés* enfin, réalisant soit une allure

anorexique, cachectisante rapide, soit un aspect térébrant et continu, soit une forme sténosante, soit une évolution maligne.

2° FORMES FAMILIALES

Cette question a attiré l'attention d'auteurs de langue allemande entre 1907 et 1910 (1, 2, 5). Plus près de nous HURST et STEWART ont rapporté des exemples de véritables « familles d'ulcéreux » (4). En fait les cas ne sont pas rares où l'on voit plusieurs ulcus à chaque génération d'une même famille (7).

Nous avons trouvé un assez grand nombre de faits analogues, dont nous rapportons les plus typiques (XLVI, LI, LVIII) : mais nous insisterons tout particulièrement sur les observations XXVIII et XXIX, dans lesquelles le frère et la sœur s'avèrent porteurs d'ulcères, d'aspect cliniques à peu près identiques, présentèrent une hémorragie à deux mois d'intervalle et chez lesquels une gastro-entérostomie fut suivie d'une même évolution favorable.

On peut concevoir l'existence d'un « terrain » dyspeptique, mais il semble par ailleurs que d'autres facteurs pourraient également être mis en cause, dans ces formes héréditaires et surtout dans de véritables *formes conjugales* que nous avons rencontrées plusieurs fois (XXXIII, XXXVIII).

Ne peut-on en effet envisager le rôle :

- du genre de vie, de l'hygiène;
- de l'alimentation, des abus et en particulier de l'alcool;
- de facteurs toxiques ou microbiens peut-être, enfin?

*
**

1. BERNHARD et A. HUBER. (*Münch. Méd. Woch*, 29 janvier 1907.)

2. G. BLECHMANN, R. GUTMANN et NEMOURS AUGUSTE.

Ulcère du pylore chez un nourrisson de 8 mois. (*Le Nourrisson*. Janvier 1932, N° 1, pp. 34-37.)

3. M. W. CZERNECKI. De l'influence exercée par l'hérédité sur la production de l'ulcère de l'estomac. (*Wien. Klin. Wochensch.* 5 mai 1910.)
4. F. DAUWE. L'hérédité et l'ulcère rond de l'estomac. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.* 1913, p. 374.)
5. GUTMANN. Les syndromes douloureux de la région épigastrique. (Tome I, p. 57.)
6. NGUYEN DINH HOANG. A propos d'un cas d'ulcère gastrique tardif. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.* T. XXVIII, p. 1078.)
7. A.-F. HURST AND M.-J. STEWART. Gastric and Duodenal Ulcer. (*Family History*. Part III. Ch. 1.)
8. GERT LAINER. L'ulcère en tant que maladie héréditaire. (*Wien. Klin. Wft.*, 12 avril 1940, pp. 293-295.)
9. A. LUNEDI et E. LIESCH. Ulcère gastro-duodénal, polycythémie essentielle, syndrome adiposo-génital de Frœlich chez les divers membres d'une même famille. Considérations sur l'importance des dysfonctions diencéphaliques dans la pathogénie de l'ulcère gastro-duodénal et de la polyglobulie et leurs rapports réciproques. (*Revista di Clinica Medica*, Juillet 1935, pp. 485-554.)
10. A. MATHIEU. L'ulcère chez les jeunes. (*Gazette des Hôpitaux*, 3-2-14.)
11. A. MATHIEU. L'ulcère chez les gens âgés. (*Gazette des Hôpitaux*, 19-2-14, p. 325.)
12. A. MATHIEU et F. MOUTIER. Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.* 1909, p. 456.)
13. MATHIEU, ROUX, MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale. (Doin 1923. Tome I, pp. 378-394-396.)
14. GALLART MONÈS. Tratamento Medico de la Ulcera Gastroduodenal. (Primer congreso nacional de patologia digestiva. Valencia 1931.)
15. BRUCE PATHAULT. Contribution à l'étude de l'ulcère de Cru-

veilhier, son évolution chez les gens âgés. (Thèse de Paris 1917.)

16. REYDERMANN. Clinique de l'ulcère de l'estomac et du duodénum chez l'enfant. (*Revue Française de Pédiatrie*. Tome XII, N° 5, p. 608.)
-

VI

ASSOCIATIONS MORBIDES

Un chapitre concernant les associations morbides risquerait d'englober une foule de faits disparates et d'imposer des rapprochements artificiels. Nous avons préféré réserver cette place aux seuls aspects cliniques particuliers qui nous ont paru les plus fréquents et les plus intéressants.

C'est ainsi que nous avons laissé volontairement de côté la question des ulcères apparaissant chez *un tuberculeux ou un syphilitique*, question qui a soulevé les problèmes pathogéniques que l'on sait. Dans cet ordre de faits, si l'on met à part les deux crises gastriques déjà étudiées, aucun des tableaux cliniques que nous avons vus ne nous ont paru présenter, du fait de l'existence d'un terrain bacillaire ou spécifique, des particularités dignes d'être signalées ou discutées.

A l'opposé, nous insisterons sur la coexistence d'un ulcère gastro-duodénal et d'une gastrite, d'un syndrome vésiculaire, de manifestations allergiques ou d'une hernie de l'estomac.

1° ULCÈRE ET GASTRITE.

(6 observations N^{os} XXIV, XXX, LIV, LVI, LXVIII, LXIX, dont 3 ulcères gastriques et 1 ulcère peptique après gastro-entérostomie).

Les progrès de la gastroscopie ont permis d'apporter plus de lumière dans cette question (KONJETZNY, MOUTIER, etc.).

Il est bien entendu qu'histologiquement tout estomac ulcéreux présente de la gastrite, voire les plus diverses variétés de gastrites, mais nous voulons parler ici de gastrite objectivement, macroscopiquement importante et nettement individualisée.

La clinique est-elle modifiée, et dans quel sens, par cette association? La réponse est différente suivant qu'il y a *coïncidence ou alternance* des poussées ulcéreuses et gastritiques.

— Dans le premier cas les signes témoignant des deux ordres de lésions *chevauchent*, la gastrite *accentuant* les signes fonctionnels de l'ulcère; mais souvent le tableau est *modifié* et il faut savoir qu'aux douleurs tardives typiques d'autres phénomènes douloureux semi-tardifs ou précoces peuvent se surajouter, souvent à type de brûlures ou de simples malaises sensitivo-moteurs en sortant de table (LVIII).

Parfois le tableau ulcéreux se complique d'hémorragies (XXX) et, à première vue, c'est à l'ulcus qu'on attribue l'hématémèse, mais il est bon de noter qu'elle peut être le fait de lésions gastritiques, comme le prouve alors l'endoscope « surprenant des érosions en train de saigner » (9).

— Parfois il y a succession dans le temps des deux ordres de lésions et un tableau clinique offrant l'aspect d'une forte crise ulcéreuse pourra être le fait d'une gastrite ulcéreuse contrôlée à la gastroscopie.

Nous ne ferons que signaler, à ce sujet, le problème, que ne devaient pas manquer de soulever de tels aspects, concernant la possibilité de relations évolutives entre les deux lésions; certains auteurs considèrent, en effet, la gastrite comme *premier stade* de l'ulcère (KONJETZNY), d'autres pensent qu'elle est au contraire la *résultante* de la Maladie de Cruveilhier. Ce problème n'entre pas dans le cadre de notre étude clinique, disons cependant que les deux ordres de lésions semblent distincts, quoique liés par des facteurs pathogènes sans doute identiques: vaso-moteurs, toxiques, trophiques, etc... (MOUTIER).

D'après les travaux récents de MOUTIER et BELLIN (1, 14), c'est avec les ulcères duodénaux que les lésions de gastrite sont le plus fréquentes; elles sont, par ailleurs, variées du point de vue morphologique: érosions linéaires, érosions plates, ulcérations hémorragiques linéaires ou punctiformes, lésions aphtoïdes et souvent association de divers de ces aspects.

Dans le cadre de nos formes cliniquement atypiques, nous avons trouvé cinq cas comportant des lésions de gastrite ulcéreuse à la gastroscopie. Dans l'observation XXX par exemple, des *hématémèses*, des malaises et des brûlures semi-tardifs, correspondaient à un ulcère duodéal; l'endoscopie montrait une gastrite mamelonnée généralisée. L'observation XXIV relate des brûlures demi-tardives avec crampes, dans un cas d'ulcère de la petite courbure qu'une gastroscopie — pratiquée au maximum des brûlures — montra associé à une gastrite érosive. Enfin, une gastrite mamelonnée très étendue correspondait à un ulcère de la petite courbure avec crises pseudo-tabétiques dans l'observation LVI, et à des ulcères gastriques multiples avec brûlures précoces dans l'observation LXVIII.

Une double conclusion diagnostique et thérapeutique peut être tirée de la possibilité de cette association. Dans le cas où un ulcère, cliniquement et radiologiquement prouvé, viendrait à résister aux médications d'usage, il serait justifié de « soupçonner l'existence d'une gastrite associée », et M. MOUTIER a eu ainsi l'occasion de voir disparaître des crises douloureuses classiques par l'emploi du Collargol.

2° ULCÈRE ET CRISES VÉSICULAIRES.

(5 ulcères duodénaux N^{os} XLVII, LIV, LVIII, LIV, LX, 1 ulcère intra-pylorique N^o LXXIII.)

Au sujet de cette association fréquente, trois facteurs nous ont paru intéressants:

- l'intensité du syndrome vésiculaire, d'abord :
- le degré de son intrication avec le syndrome ulcéreux, ensuite ;
- les relations qui unissent les deux ordres de faits, enfin.

En réalité, comment l'aspect clinique d'un ulcère duodénal ou pylorique va-t-il se trouver modifié par des signes vésiculaires ?

Dans nombre de cas, ces derniers sont d'aspect banal, retrouvés au milieu d'une histoire ulcéreuse plus ou moins typique. Les deux syndromes peuvent alors se trouver intriqués à l'extrême, et, chez le même malade, une crise peut être d'allure nettement ulcéreuse, alors qu'à une autre époque, d'autres crises seront manifestement vésiculaires. De toute façon, à côté de « faims douloureux » et de douleurs tardives, on note des malaises précoces, *une tendance vespérale des crises*, des périodes de constipation alternant avec des diarrhées à prédominance prandiale, des pituites, des nausées matinales. Insistons sur le fait que ces signes vésiculaires sont d'allure banale, fondus par ailleurs dans une histoire ulcéreuse et qu'il est souvent difficile de trouver la précession des deux tableaux dans les antécédents morbides (XLVII, LIX, LX).

A l'opposé de ces formes à *participation vésiculaire frustée*, nous placerons les *classiques formes ictériques* de l'ulcère duodénal, dont la littérature est riche d'exemples et que nous avons retrouvées nous-mêmes dans l'observation LVIII. Ce malade présente une histoire ulcéreuse depuis quinze ans, avec de plus des crises tout à fait spéciales se manifestant soit dans les périodes de calme, soit en pleine crise ulcéreuse, et ayant une allure nettement nocturne, des pituites, des vomissements acides et surtout une localisation franchement sous-hépatique de la douleur, avec ictère fugace mais caractéristique.

Il faut souligner le fait que ces crises s'accompagnant de jaunisse se manifestent parfois en dehors des crises ulcéreuses typiques, cette note spéciale correspondant au fac-

teur cicatriciel de certaines explications mécaniques proposées (péricholécystite).

Citons par ailleurs, les autres facteurs pathogènes invoqués: pancréatite infectieuse par voie lymphatique ou directe par ulcère pénétrant, blocage du cholédoque par l'inflammation, l'œdème ou le spasme.

De telles notions sont facilement concevables dans le cas d'ulcères invétérés, cicatriciels, mais que penser des formes où l'ictère est le premier signe de la lésion duodénale (DUVERNAY, 4) ?

De cette éventualité nous rapprocherons un aspect, sur lequel, nous insisterons, d'un *ulcère intra-pylorique, retrouvé à l'occasion de crises de coliques hépatiques typiques* (LXXIII).

Il s'agit d'un malade (LXXIII) âgé de 21 ans, qui accuse depuis l'âge de 8 ans des troubles paroxystiques digestifs peu évocateurs de lésions ulcéreuses. En fait ces crises semblent strictement vésiculaires: des troubles précoces, somnolence, aigreurs, renvois acides, quelques malaises tardifs, sans crises douloureuses à proprement parler. Il y a deux mois, se manifeste une petite crise non douloureuse avec un vomissement au milieu de la nuit, puis un mois plus tard une nouvelle crise survient, très violente, à 9 heures du soir, avec fièvre à 40° d'emblée, douleurs épigastriques et sous-hépatiques, hyperesthésie cutanée et défense de la paroi. Concomitamment, les conjonctives deviennent jaunes, les urines sont foncées, les selles « mastiques ». Pendant 48 heures, le subictère, une fièvre à 39°5, persistent, puis, peu à peu, tout rentre dans l'ordre.

Or, une radio décèle un ulcère siégeant au centre même du canal pylorique, image tout à fait caractéristique dont nous donnons une reproduction.

Par ailleurs, une radiographie après tétraïode montre une grosse vésicule, bien injectée, sans calcul visible (26-10-42).

L'examen pratiqué quelque temps après la crise est négatif: aucune sensibilité, même en décubitus latéral gau-

che. Dans un cas semblable il est difficile de préciser les rapports unissant les deux ordres de faits. L'évolution quasi-muette d'une lésion qui ne comporte aucun signe de gêne orificielle malgré son siège intra-pylorique, l'absence totale de signes inflammatoires et de périviscérite sont des éléments qui empêchent de conclure à des relations de cause à effet entre ulcère et crises vésiculaires.



Image en « Roue de char » au centre même du pylore, correspondant à une histoire dyspeptique ancienne, mais d'allure banale. La radiographie a été pratiquée à la suite d'une crise de colique hépatique franche, complète.

(Observ. LXXIII.)

En résumé, nous soulignerons, à côté des formes où la participation hépato-vésiculaire se présente comme la résultante évolutive d'un ulcère duodénal, celle où il est impossible de relier les deux syndromes intriqués, en invoquant un mécanisme pathogène satisfaisant.

3° ULCÈRE ET SYNDROMES ALLERGIQUES.

(Ulcère du bulbe duodénal N° LX, et ulcères gastriques et duodénal N° LXIV.)

Les liens qui unissent ulcère et manifestations allergiques constituent un sujet neuf, d'un intérêt capital. A la lueur de la gastroscopie, P. CHEVALLIER et F. MOUTIER, ont contribué grandement à l'étude de ces questions en revenant à plusieurs reprises sur les rapports des lésions de la muqueuse gastrique et des dermatoses. (1, 2, 3, 4, 5.)

Dans nos observations cliniquement irrégulières, nous avons retenu deux cas que nous commenterons pour illustrer un tel ordre de faits.

M. O..., âgé de 43 ans, porteur d'un ulcère duodénal qui se manifestait depuis longtemps par des troubles d'horaire tardif, a vu apparaître en novembre 1941, des crises d'allure spéciale:

1° Un syndrome sensitivo-moteur banal, apparaissait moins de 20 minutes après les repas, s'accompagnait d'une poussée d'urticaire intéressant les mains, les jambes et surtout les oreilles. Malaises et éruption duraient une heure.

2° Par la suite, des crampes épigastriques se font sentir tardivement, 3 à 4 heures après le repas.

Ce malade a vu ses éruptions arrêtées par l'autohémothérapie et accusa par la suite (octobre 1942), des manifestations nettement vésiculaires: crises vespérales quotidiennes, subictère, décoloration des matières, urines foncées (LX).

A cette observation où l'éruption faisait partie à titre précoce de la crise post-prandiale, nous opposerons l'autre observation (LXIV) avec eczéma dans l'intervalle des poussées ulcéreuses.

M. G..., souffrait depuis 1923, et les examens radiologiques avaient montré deux ulcères: l'un duodénal, l'autre de la petite courbure gastrique. En 1939, outre des crises de plus en plus fortes, un fait nouveau est apparu: un eczéma vrai, vésiculeux, suintant, siégeant au niveau de la

verge. L'éruption fait *disparaître complètement* les crises douloureuses, mais celles-ci ne sont supprimées que pendant la durée stricte des manifestations cutanées et cette alternance se fait au rythme de trois mois de douleurs gastriques pour un mois d'éruption.

Ce malade présente par ailleurs, une intolérance médicamenteuse manifeste, les préparations à base de pepsine et de caséine, entre autres, déterminent des « chocs ».

De tels aspects sont d'un intérêt capital, ils illustrent le caractère allergique de la maladie ulcéreuse. Nous ne saurions trop insister sur leur importance. Ils expliquent par ailleurs, l'efficacité de certaines thérapeutiques actuelles: hormono-thérapie et surtout protéinothérapie qui ont pris dans le traitement de l'ulcus la place de premier plan que l'on sait.

4° ULCÈRE ET HERNIES DIAPHRAGMATIQUES ET ÉPI-GASTRIQUES.

(Observation LXV d'une hernie diaphragmatique avec ulcère duodénal.)

Nous ne ferons que citer cet ordre de faits auquel les travaux de nombreux auteurs se rapportent.. Rappelons le rôle pathogène des hernies par rapport à l'ulcère, rôle souligné tant en ce qui concerne les hernies diaphragmatiques (HURST et STEWART, 5), qu'épigastriques (A.-C. GUILLAUME, 3).

L'observation que nous rapportons concerne une *hernie diaphragmatique* avec lésion duodénale ulcéreuse, concomittante, association que FRIEDENWALD et MORISON ont retrouvée trois fois sur soixante-cinq cas.

Seul le *point de vue clinique* nous retiendra. En quoi est-il caractéristique? Le tableau est toujours complexe soit que le spasme œsophagien prenne la première place en l'absence de toute manifestation ulcéreuse (LXV), soit que les signes ulcéreux prédominent, la hernie étant découverte à l'écran, comme nous l'avons vu chez une autre

malade; soit enfin, que les deux syndromes coexistent compliquant singulièrement l'allure clinique.

De toute façon, c'est finalement la radio qui fera le diagnostic en manifestant l'association d'une hernie et d'un ulcère, dont témoignait un syndrome dyspeptique complexe.



Ulcère et gastrite

1. A. BELLIN. Les gastrites ulcéreuses. (Thèse de Paris 1941.)
2. R. CHEVALLIER. La gastrite péri-ulcéreuse. Diagnostic gastroscopique. (*Jour. Méd. de Lyon*, 20-1-36, pp. 69-71.)
3. M. CHIRAY, L. JUSTIN-BESANÇON, Ch. DEBRAY. La gastrite pré-ulcéreuse expérimentale. (*Soc. Biologique*, Tome CXXXIV, N° 7. Novembre 1940, pp. 372-375.)
4. CRUVEILHIER. Anatomopathologie du corps humain. (1829-1835, Tome I, 20^e livraison.)
5. Ch. DEBRAY. La pratique de la gastroscopie dans le diagnostic et la conduite du traitement de l'ulcère de l'estomac. (Paris, Maloine 1937.)
6. G.-E. KONJETZNY. Die entzündlich Gerundlage der typischen Geschwürs bildung im Magen und Duodenum. (Berlin 1930.)
7. N. LEOTTA. Gastrite chronique et ulcère gastro-duodéal. (*Riforma Medica*, 30-11-35, pp. 1823-25.)
8. A. MATHIEU. Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin. (Doin 1910, 2^e série, pp. 85-86.)
9. MATHIEU, ROUX, MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale. (Doin 1923, Tome I, p. 380.)
10. F. MOUTIER. Etude gastroscopique de l'ulcère gastrique. (*Presse Méd.*, 2-4-32.)
11. F. MOUTIER. Essai de classification des gastrites d'après leur aspect gastroscopique. (*Soc. de Gastro-Enter. de Paris*, 13 mars 1933.)

12. F. MOUTIER. Les gastrites sous le contrôle de la gastroscopie. (*Presse Médicale*, 18-11-33.)
13. F. MOUTIER. Les gastrites. (*Encyclopédie Médico-Chir.*, estomac-intestin.)
14. F. MOUTIER et BELLIN. Les poussées de gastrite ulcéreuse dans l'ulcère de Cruveilhier. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.* 1941, p. 76.)
15. M. RENAUD. La gastrite scléro-ulcéreuse considérée comme lésion fondamentale de l'ulcère simple de Cruveilhier. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 18-1-29.)
16. SCHINDLER. Gastroscopy. The endoscopic study of gastric pathology. (Chicago 1937.)
17. Roberte SOLE, J. PINEIRO SORONDO, D. MOSTO. Ulcera de estomage y duodeno. (Buenos-Aires 1930.)
18. M. SOUPAULT. Traité des maladies de l'estomac. (J.-B. Baillière 1905, p. 520.)

Ulçère et crises vésiculaires

1. BICKEL. Les formes ictériques de l'ulcère duodénal. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.* Tome XIII, 1923, p. 833.)
2. CADE et BARBIER. Les difficultés de diagnostic de la cholécystite lithiasique duodénale et de l'ulcère gastro-duodénal. (*Lyon Médical*, 11 mai 1924.)
3. M. CORACHAN. Litiasis biliar y ulcus gastroduodenal. (*Archivos Argentinos de enfermedades del aparato digestivo*. Tome IV, N° 5, p. 727.)
4. DUVERNAY. L'ictère dans l'ulcère duodénal. (Thèse de Lille 1929.)
5. GUTMANN. Les syndromes douloureux de la région épigastrique. (Tome I, p. 93.)
6. KLIPPEL et CHABROL. (*Paris-Médical*, avril 1911, p. 444.)
7. MATHIEU. Ulcère du duodénum. (*Paris-Médical*, 3 juin 1911.)
8. MATHIEU, ROUX, MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale. (Doin 1923, p. 459.)

9. GALLART-MONÈS. Ulcus de forma icterica. (Trabajos presentados al congresse nacional de pathologia digestiva. Valencia 1931.)
10. PARKS et FITZ. Un cas d'ulcère duodénal hémorragique, compliqué d'ictère. (*Review of gastroenterology*. Mai, juin 1939.)
11. PARTURIER. Diagnostic de l'ulcère duodénal vrai non compliqué. (*Rev. de Méd.* 1921, p. 214.)
12. P. SAVY. (*Presse Méd.* du 21 avril 1937.)
13. SCHUTZ. Sur les relations entre ulcère duodénal, appendicite et lithiase biliaire. (*Wiener Klin. Woch.*, 6 octobre 1921. Analyse de F. MOUTIER in *Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, Tome XII, pp. 61, 484, 485.)

Ulcère et syndromes allergiques

1. P. CHEVALLIER et F. MOUTIER. L'estomac des urticariens. (Soc. de Gas. Enterol. de Paris, 12-11-35.)
2. P. CHEVALLIER et F. MOUTIER. Localisation gastrique spéciale des dermatoses. (*Arch. des Mal. de l'App. Diges.*, Tome XXVI, p. 89.)
3. P. CHEVALLIER et F. MOUTIER. L'estomac des eczémateux (*ibid.*).
4. P. CHEVALLIER et F. MOUTIER. Gastrite aiguë polymorphe, achlorhydrique coïncidant avec une éruption d'eczéma parakératosique. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, Tome XXV, p. 97.)
5. F. MOUTIER. Tolérance et intolérance de l'estomac à l'égard des crises douloureuses. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.* Tome XXVIII, p. 848.)

Ulcère et hernies diaphragmatiques et épigastriques.

1. COLLIER, HURST et SHEAF. Deux cas d'ulcères gastriques associés à une hernie diaphragmatique congénitale. (*Guy's Hospital Reports*. Avril 1929.)
2. FRIEDENWALD et MORISON. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* 1926, p. 1460.)

3. A.-C. GUILLAUME. Le rôle joué par les hernies de la ligne blanche dans la pathologie gastrique. (*Soc. de Gas. Enterol. de Paris*, 12 mai 1934.)
 4. A.-G. GUILLAUME. Hernies occultes de la ligne blanche et ulcères gastriques. (*Soc. de Gas. Enterol. de Paris*, 12 février 1934.)
 5. A.-F. HURST et M.-J. STEWART. Gastric and duodenal ulcer. (*Oxford Medical publications* 1929.)
 6. JANKELSON et MORENS. Complications de la hernie diaphragmatique. (*Review of gastroenterology*, mars-avril 1940.)
 7. E.-C. SERIGOS. Hernia diafragmatica del estomago complicado con una ulcera yuxta-cardiaca de la pequena curvatura herniada. (*Archivos Argentinos de enfermedades del Aparato digestivo*, 1930-1931, p. 103.)
-

VII

FORMES A EVOLUTION ATYPIQUE

Ici encore nous ne voulons pas multiplier les aspects et nous laisserons de côté en particulier, tout ce qui pourrait entrer dans le cadre des complications de l'ulcère gastro-duodénal.

C'est ainsi que les *formes anémiques*, les *formes évoluant vers le cancer* ne nous retiendront pas.

Cependant il nous faut citer en marge des formes cliniquement atypiques que nous avons retenues, celles où le chimisme gastrique montre une *achlorhydrie* (LXXI), éventualité que nous avons déjà signalée comme répondant souvent aux lésions géantes de la petite courbure (GUTMANN. Voir observation VII).

En ce qui concerne les *aspects hémorragiques* de l'ulcère gastro-duodénal :

— quelques-uns font partie de la description classique, tels certains ulcères de la petite courbure avec grosses hématoméses (XXV) ou les ulcères duodénaux avec *meloena*;

— d'autres sont des formes compliquées (V) ;

— d'autres enfin constituent les *formes hémorragiques* atypiques de l'ulcère ; ils seront seuls à nous retenir.

1° FORMES HÉMORRAGIQUES ATYPIQUES.

— La première éventualité que nous signalerons est celle d'hématémèses dans les ulcères du duodénum. Nous

en avons retenu quatre exemples qui sont donc en contradiction avec la description classique (II, XXVIII, XXX, XL). Parmi eux, trois au moins concernent des *hématémèses abondantes* entraînant un état alarmant.

— La seconde éventualité se rapporte à des hémorragies ractales de *sang rouge*, dans un ulcère invétéré du bulbe duodénal (XXX).

2° FORMES FÉBRILES.

(Ulcère duodénal, observation LXII. Ulcère de la petite courbure, N° LXIII.)

Nous avons signalé plus haut des crises ulcéreuses accompagnées de coliques hépatiques et de température à 40°. Nous avons exclusivement en vue, dans ce paragraphe, les ulcères dont les crises fébriles ne sont attribuables à aucune cause étrangère, vésiculaire, pulmonaire ou autre.

MOYNIHAN signale la fréquence des ulcères gastro-duodénaux coexistant avec des foyers de suppuration buccofaciale et LÉPER décrit une forme d'ulcère avec entérocolite fébrile (12).

Mais c'est surtout à P. DUVAL et à ses collaborateurs que revient le mérite d'avoir étudié le rôle de l'infection dans l'ulcère, et d'en avoir tiré des conclusions au double point de vue des indications thérapeutiques et des suites opératoires.

L'aspect fébrile des crises ulcéreuses n'est pas rare. Souvent la crise est déclenchée par un effort physique ou survient dans une période de fatigue. La douleur tardive s'accompagne alors de frissons (LXII) et d'un clocher thermique entre 37°5 et 39°. Après la crise, la température revient à la normale.

Un autre aspect de ces ulcères semble caractérisé par la *persistance et l'intensité des douleurs* (J.-C. ROUX).

Certains auteurs enfin, accordent un rôle à l'infection dans l'apparition des hémorragies des ulcères gastro-duodénaux.

La connaissance de ces états infectieux a permis d'envisager l'emploi de l'intra-dermo réaction d'une part, de la vaccination d'autre part, dans l'ulcère gastro-duodénal, mais elle a surtout permis d'évaluer à leur valeur certains pronostics post-opératoires, et aussi certaines indications thérapeutiques (2, 3, 4, 5, 15, 17).

3° FORMES AVEC STÉNOSE PYLORIQUE, PREMIER SIGNE.

Nous insisterons tout particulièrement sur cet aspect des ulcères juxta-pyloriques, que nous avons déjà signalé à propos des « crises d'un jour » de l'ulcère duodénal.

La classique douleur tardive peut manquer; ici la douleur est souvent brève, elle n'est pas franche, à type de tiraillements ou de pesanteurs épigastriques et surtout elle est terminée par l'apparition d'un vomissement liquide, survenant « en fusée », parfois abondant. Au maximum ce tableau de gêne pylorique pourra s'accompagner de ballonnements, de gargouillements. Le fait essentiel est que c'est *d'emblée* que les crises post-prandiales tardives prennent cet aspect; on ne retrouve aucun antécédent digestif paroxystique.

Nous avons étudié dans le premier chapitre le cas d'un malade, présentant depuis 10 ans des crises semblables, de type court, apparemment sans rapport avec les poussées évolutives d'une lésion duodénale, cliniquement muette et révélée à l'époque actuelle par une hémorragie. Insistons encore sur le fait que, dans ce cas-là, il s'agissait bien de crises de gêne pylorique *installées d'emblée*, sans autres antécédents ulcéreux.

Un autre malade (LIII) est particulièrement intéressant, puisqu'il a présenté, successivement, plusieurs degrés de gêne pylorique.

— Dans un premier stade, il y a dix ans, la douleur épigastrique apparaît, elle est brève, discrète, à type de gêne, de tiraillements, elle est terminée par un vomissement de 1/2 verre de liquide acide; dans cette période, l'état géné-

ral est absolument conservé, ni asthénie, ni perte de poids, peu d'anorexie.

— Dans le deuxième stade, apparaissent de grandes crises d'hypersécrétion, avec vomissements « en fusée », sans nausées d'un liquide très abondant, ne contenant toujours pas de débris d'aliments.

— Dans un troisième stade, les vomissements deviennent alimentaires, d'une abondance inouïe, avec crises d'intolérance gastrique absolue durant plusieurs jours, l'amaigrissement, l'asthénie sont alarmants, les manifestations douloureuses sont d'une violence incroyable. Vu pour la dernière fois en octobre 1942, son état faisait entrevoir la nécessité d'une intervention chirurgicale dans un bref délai.

Ce malade, porteur d'un ulcère intra-pylorique, nous montre donc une gêne orificielle représentant, au début de la maladie, la première manifestation d'une lésion ulcéreuse évoluant par la suite vers un tableau de sténose grave.



1. Louis CHRISTOPHE. L'étiologie de l'ulcère récidivant et de l'ulcère gastro-jéjunal. (*Arch. des Mal. de l'Appar. Digest.*, Tome XII, p. 223.)
2. P. DUVAL, J.-C. ROUX, F. MOUTIER. De la septicité des parois gastriques et des lymphatiques péri-gastriques dans certains ulcères chroniques gastro-duodénaux; importance de cette notion au point de vue des suites opératoires et des indications thérapeutiques. (*Soc. de Chirurg. de Paris*, 23-5-23.)
3. P. DUVAL, J.-C. ROUX, F. MOUTIER. Rôle de l'infection dans les ulcères gastro-duodénaux, indications thérapeutiques. (*Presse Méd.*, 3-1-25 et *Paris Méd.*, 4-4-25.)
4. P. DUVAL, J.-C. ROUX, GATELLIER, A. GIRAULT et F. MOUTIER. Le rôle de l'infection des ulcères chroniques gastro-duodénaux. (*Arch. des Maladies de l'App. Digest.*, Tome XVI, pp. 3, 6, 18.)

5. ALBAN GIRAULT. L'intra-dermo réaction streptococcique chez les ulcéreux de l'estomac. (Soc. de Gastro-Entérol. de Paris, séance du 11-11-24.)
6. R.-A. GUTMANN. Les syndromes douloureux de la région épigastrique. (Doin édit., Paris 1934, Tome I, p. 55.)
7. HAYEM et LYON. Traité des Maladies de l'Estomac, p. 354.
8. H.-B. HOLSINGER et M.-A. COOPER. Le rôle de l'infection dans l'ulcère gastrique et duodénal. (*Amer. Journ. Med. Sc.*, février 1934, n° 2, pp. 248-249.)
9. G. JEANNENEY. Du rôle de l'infection dans les hémorragies des ulcères gastriques.
10. G.-E. KONJETZNY. Die entzündlich Gerundlage der typischen Geschwürs bildung im Magen und Dodenum. (Berlin 1930.)
11. LE NOIR, RICHEL fils et JACQUELIN. Ulcères à vomissements incoercibles. (*Arch. des Mal. de l'App. Digest.*, 1921.)
12. LÆPER. Leçons de pathologie digestive. (4^e série, Masson 1919, et 6^e série, Masson 1926, p. 68.)
13. MATHIEU et MOUTIER. Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. (*Arch. des Malad. de l'Appar. Digest.*, 1919, pp. 445-474.)
14. MATHIEU, ROUX et MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale. (Doin, 1923, pp. 440-447 et p. 482.)
15. F. MOUTIER. Recherche sur l'anatomie pathologique et la septicité de certains ulcères chroniques de l'estomac. (*Arch. des Malad. de l'Appar. Digest.*, Tome XIII, p. 698.)
16. RAMOND. Les ulcères gastriques infectés. (*Progrès Médic.*, 1-9-23, p. 433.)
17. J.-C. ROUX et A. GIRAULT. Sur le traitement de l'ulcère septique par la vaccination. (Séance de la Soc. de Gastro-Entérologie de Paris, 12-10-25.)
18. E.-W. SAUNDERS, H.-B. HOLSINGER et M.-A. COOPER. Réaction anaphylactoïde par le streptocoque dans l'ulcère gastrique. (*Amer. Journ. Med. Sc.*, février 34, N° 2, p. 249.)

VIII

DISCORDANCE DES DONNEES RADIO-GASTROSCOPIQUE

Dans notre chapitre d'introduction, nous avons envisagé les cas où l'aspect clinique était évocateur et permettait de conclure à l'existence d'un ulcère; nous avons dit, alors, le rôle de la radiographie et de la gastroscopie pour affirmer le *diagnostic positif* et préciser le *diagnostic topographique* de l'ulcus.

Nous avons vu, plus loin, les cas où, à l'opposé, le tableau est fruste, trompeur, et nous avons insisté de nouveau sur l'importance des examens para-cliniques dans de telles éventualités.

Que l'aspect soit évocateur ou dissimulé, qu'il soit typique ou irrégulier, les réponses de ces examens vont-elles être satisfaisantes dans tous les cas, vont-elles toujours concorder? C'est ce que nous envisagerons dans le dernier chapitre.

Nous ne ferons que citer les cas où la gastroscopie ne peut confirmer un diagnostic clinique ou radiologique d'ulcère, du fait de lésions cachées par une bourse de contraction, par un pli, ou siégeant à un endroit de l'estomac impossible à explorer.

Nous rappellerons ensuite l'éventualité que nous avons signalée aux formes dissimulées ou muettes, dans laquelle la lésion ulcéreuse est une *découverte gastroscopique*, la clinique et la radio n'ayant pas permis de poser le diagnostic (LXVII, LXVIII, LXX).

Nous insisterons enfin sur les cas où la clinique manifeste une histoire ulcéreuse plus ou moins typique que l'on est étonné *de ne pouvoir contrôler à la radiographie*, mais que l'endoscopie découvre. « Les raisons pour lesquelles l'examen radiologique n'a rien donné nous sont justement expliquées par les constatations endoscopiques » (MOUTIER) : ulcères plats, ulcères bouchés par un flocon muqueux ou des dépôts quelconques, etc...

Trois de nos observations se rapportent à de tels faits. Dans ces trois cas, le tableau clinique comportait une histoire typique d'ulcère, assez bruyante, allant, dans l'observation LVI, jusqu'à la réalisation d'un syndrome pseudo-tabétique (voir aussi XLIII et LXVI).

Nous avons tenu à préciser de telles notions à la fin de cette étude concernant les modalités cliniquement irrégulières de l'ulcère gastro-duodéal, afin de souligner les relations étroites qui unissent les manifestations cliniques, radiologiques et gastroscopiques de la maladie, de même que l'intérêt de leur association dans le diagnostic positif des lésions.



1. Donald C. BALFOUR. Surgery, gynecology and obstetric. (*Clinique Mayo*, décembre 1929, p. 806.)
2. P. BANZET. A propos de quelques cas de petits ulcères gastro-duodénaux. (Séance de la Soc. de Gastro-Entérol. de Paris du 14-3-38.)
3. P. CHEVALLIER et F. MOUTIER. Les hémorragies gastriques et leur contrôle endoscopique. (*Presse Méd.*, 15-11-36.)
4. R. CHEVALLIER. — Les hémorragies gastriques, étude gastroscopique. (*Lyon Médical*, N° 4, janvier 1937.)
5. Ch. DEBRAY. Acquisitions récentes sur l'ulcère de l'estomac. (Monographie de « La Médecine », février 38.)
6. Mme LANNEGRACE-PARTURIER. Sur quelques difficultés de diagnostic de l'ulcère duodéal. (Thèse de Paris 1932, p. 23.)

7. F. MOUTIER. Chapitre « Gastroskopie » de l'Encyclopédie Médico-chirurgicale. (Estomac-Intestin.)
 8. F. MOUTIER. Le diagnostic de la guérison de l'ulcère. (Arch. des Maladies de l'Appar. Digest., 1931, p. 821.)
-

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. Le G..., 75. Ulcère du bulbe duodénal à crise d'un jour.

Le malade entre à l'hôpital le 26 mai 1942, à la suite d'un meloena abondant, prolongé, survenu brusquement en dehors d'une période de crise douloureuse, chez un vieil ulcéreux.

En effet, *depuis dix ans*, toutes les six semaines : crises douloureuses d'horaire tardif, coliques, avec ballonnements, gargouillements, s'accompagnant d'hypersialorrhée. Elles se terminent brusquement par un vomissement liquide, blanc acide, que le malade cherche à provoquer pour se calmer. La crise a duré trois heures, le vomissement *la termine radicalement*. Le soir, le lendemain, l'appétit est diminué, mais la digestion se fait normalement.

Ce tableau existe depuis dix ans, sans autres modifications qu'une raréfaction des crises dans l'époque actuelle, avec amaigrissement progressif. Pas d'autres accidents hémorragiques antérieurs.

L'examen physique est négatif, pas de points douloureux abdominaux, malade apyrétique, tension artérielle 16-8.

La radio montre : 1° un ulcère de la petite courbure du duodénum, un peu au-dessus de la base (avec un gros recessus de Cole gauche sous-jacent) ; 2° diverticule de l'angle D1-D2.

Pendant son hospitalisation, le malade présente quelques selles noires. Après quinze jours, plus de meloena et aspect cicatriciel de l'ulcère duodénal.

Pendant toute l'hospitalisation, le malade *n'a présenté aucune crise douloureuse*.

OBSERVATION II

Mme D..., 40 ans. Crise d'un jour.

Souffre depuis 1920.

C'est entre 1927 et 1936 que les crises douloureuses se sont montrées les plus violentes. La douleur tardive (3-4 heures ou une heure du matin) irradie dans le dos, elle est calmée par les aliments, les alcalins.

La crise est précédée de nausées, de vomissements de bile, de manifestations sensitivo-motrices, mais, une fois apparue, elle ne dure qu'un jour, après un seul repas. Les rémissions sont de cinq à six mois.

En septembre 1928 : *hématémèse*.

Radio : ulcère cicatriciel de la face antérieure du bulbe.

Depuis 1936, les douleurs ont pour ainsi dire disparues, mais persistent des nausées, des vertiges, quelques vomissements bilieux et surtout une faim douloureuse qui réveille la malade la nuit.

Une radio en 1937 ne montre plus de déformations ulcéreuses.

OBSERVATION III

M. B..., 37 ans, crise d'un jour. Ulcère duodénal.

Première période de douleurs nocturnes, brûlures plus ou moins précoces, calmées par l'alimentation, pas de vomissements (1931-1935).

Dans la deuxième période, 1935-1938, les douleurs deviennent plus intenses, l'hypersécrétion s'installe et le malade provoque des vomissements acides, liquides qui calment. *La crise ne dure qu'un jour*, après un seul repas, un vomissement la termine et c'est une période de rémission de plusieurs mois (trois environ). L'anorexie débute vers la fin de cette période.

La troisième période au début de 1939, est caractérisée par des douleurs épigastriques quasi-continues, sur lesquelles se surajoutent les brûlures paroxystiques qui ne durent pas plus de deux jours

au maximum, toujours à prédominance nocturne, toujours calmées par un vomissement provoqué.

Enfin, depuis le début de 1941, douleurs épigastriques 2 ou 3 heures après les repas, *crise d'un seul jour*, rémission de deux-trois mois.

Amaigrissement non précisé. Anorexie pour la viande, la graisse.

Radio : ulcère duodénal.

OBSERVATION IV

Mlle R..., 15 ans. Ulcère du bulbe. Crise d'un jour.

Vue en juin et juillet 1942, elle se plaint depuis janvier de crises douloureuses brèves.

Douleur lancinante, à type de torsion, survenant à 5 heures du soir, jamais le matin, ni la nuit. Elle s'accompagne de lipothymie, de quelques vomissements. Elle est calmée radicalement par le decubitus, reprend aussitôt en station debout, mais ne dure guère plus de 10 à 15 minutes.

La crise ne se répète pas le lendemain. Cette malade ne souffrant qu'une seule fois par jour et un jour toutes les trois semaines.

Par ailleurs, asthénie et surtout anorexie.

A la radio (juillet 1942) : ulcère du bulbe.

OBSERVATION V

Mme P..., 61 ans. Ulcère gastrique géant. Hémorragies. Gastrectomie.

1° Se portait bien, avant fin septembre 1941, aucun signe gastrique, tout au plus un amaigrissement isolé, inexpliqué.

2° A cette date, début brusque par douleur très violente, à *type angineux*, avec fourmillements, gagnant l'épaule et le bras. Quelquefois ces douleurs réveillent la malade la nuit (surtout à minuit), prenant la forme d'élancements « *intolérables* ».

Par ailleurs : anorexie presque totale, avec dégoût de *tous* les aliments.

Quelquefois, vomissements précoces (30 minutes, 1 heure) après les repas.

Etat général très touché, pâleur extrême, perte de poids de près de 8 kilogs.

Enfin, selles diarrhéiques noires, survenues plusieurs jours de suite, sans coliques.

3° Une gastrectomie est pratiquée après une hématémèse qui mit les jours de la malade en danger. Elle présentait un ulcère de la petite courbure, d'ailleurs en voie de cicatrisation au moment de l'opération qui eut lieu *quatre mois* après le début.

Il est à noter que la malade ayant une tension aux environs de 20-10, on avait pu se demander si les crises angineuses n'étaient pas liées à quelque athérome artériel; mais de fait, *aucune nouvelle crise* ne s'est présentée depuis la résection jusqu'à l'époque actuelle.

OBSERVATION VI

Mme M..., 49 ans. Ulcère géant de la petite courbure.

Antécédent familial : mère porteuse d'un ulcère gastrique pendant dix ans, avec gêne pylorique à la fin.

Vue en juin 1939. N'avait présenté auparavant qu'un syndrome d'aérophagie douloureuse.

Depuis trois semaines, douleurs tardives (3-4 heures après le repas et une heure et demie du matin), améliorées par le decubitus latéral gauche, calmées par les aliments.

Anorexie complète. Amaigrissement de 2 kilogs.

Radio : niche haute de la petite courbure.

Par la suite, mise au traitement médical, la malade voit la cessation des douleurs gastriques mais continue à maigrir, est toujours fatiguée, mauvais état général (novembre 1939).

Va bien actuellement (juillet 1942).

OBSERVATION VII

M. le G..., 63 ans. Ulcère géant de la petite courbure. *Achlo-rhydrie*. Syphilis.

1° Ce malade soigné il y a quatre ans pour aortite, ne présentait alors, du point de vue digestif, que des troubles insignifiants: petites douleurs tardives, malaises post-prandiaux, etc.

2° Première crise début janvier 1942. Douleurs 4 heures après les repas, à droite, avec irradiations épigastriques. Douleurs chaque jour, le matin vers 9 heures (petit déjeuner à 8 heures), 5 heures (midi et demie), minuit (repas à 8 heures). Douleurs calmées par les boissons chaudes, mais *pas par les poudres*. Quelques nausées, mais ni vomissements, ni hémorragies visibles. Anorexie et amaigrissement de 22 kilogs en deux mois.

3° Le 3 mars, le malade habitant Boulogne, est sinistré (sa maison est détruite) une aggravation s'ensuit, qui devient formidable le 12 mars. La crise douloureuse ne s'interrompant pas jusqu'à l'hospitalisation le 13 mars.

4° Examens pratiqués à l'hôpital:

a) BW +++.

b) Une radio du 20 mars montre une image cavitaire volumineuse de la région moyenne de la petite courbure.

c) Un tubage gastrique décèle une *achlorhydrie à jeun et après histamine*.

d) Gastroskopie le 21 mars: ulcère cavitaire un peu anfractueux à fausse membrane crémeuse, épaisse, de 15 à 20 mm. petite courbure, face postérieure.

5° Le traitement et le repos amènent une sédation des douleurs avec reprise du poids, tandis qu'une radio le 17 avril, montre une diminution notable de la niche.

6° Excellent état en octobre 1942.

OBSERVATION VIII

M. T..., 51 ans. — Ulcère géant récent de la petite courbure.

Vu pour la première fois le 4 juin 1941.

1° Depuis trois mois, douleurs vagues, pendant et après le repas.

2° *Depuis huit jours*: douleurs violentes de la région épigastrique, torsions, sans irradiations, d'horaire variable: de 1/2 heure à 5 heures après les repas. Trois vomissements liquides peu abondants, avec débris alimentaires et un peu de sang.

Amaigrissement considérable, non précisé, depuis quelques mois. Anorexie totale depuis le début de la crise. Forte asthénie.

Radio (6 juin 1941): Grosse image cavitaire de la petite courbure de l'estomac. *Suspicion de néo.*

Gastrosco pie (28 juin 1941), gros ulcère cavitaire de la petite courbure niché dans une masse inflammatoire.

26 juillet 1941: *cicatrisation complète*, mais encore masse inflammatoire plus colorée sur laquelle bute l'appareil.

OBSERVATION IX

M. G..., 63 ans. Ulcère géant récent de la petite courbure. Guérison contrôlée à la gastroscopie.

Entre dans le service le 23 septembre 1940: présentait alors des douleurs d'estomac et un amaigrissement.

1° Début printemps 1939. Douleur tardive (4 heures), calmée par les aliments. Quelques vomissements liquides, mais ni anorexie, ni amaigrissement.

2° En 1939-1940, les crises continuent à se produire, les douleurs deviennent continues, l'amaigrissement apparaît.

3° Depuis quinze jours, gros affaiblissement de l'état général. Amaigrissement de 5 kilogs et *depuis dix jours*, douleurs continues intenses. Anorexie totale, vomissements récents (11 heures du soir, et 5 heures de l'après-midi), piteux depuis quelques jours. Diarrhée pénible depuis un mois.

Traitement médical à partir du 27 septembre 1940.

1^{re} gastroscopie, 5 octobre 1940: gros ulcère à bords ourlés de 4 cm. sur 2 cm., situé au-dessus de l'angle gastrique. Petite courbure et face antérieure.

2° gastroscopie, 2 novembre 1940: ulcère nettement diminué, de 2 cm. à fond crémeux, jaune-grisâtre, avec une sorte de cap

muqueux s'orientant du bourrelet périphérique vers la cavité de l'ulcère (cicatrisation ?).

3^e gastroscopie, 21 décembre 1940: très petite ulcération exactement à l'angle gastrique, de 4 à 5 mm., à fond jaune.

4^e gastroscopie, 18 janvier 1941: *aucune trace d'ulcération. Région sus-angulaire seulement plus vascularisée que normalement.*

OBSERVATION X

M. Le M..., 52 ans. — Psychasthénie. Ulcère géant de la petite courbure à évolution rapide, arrêtée par la thérapeutique. Glossite losangique.

Sujet présentant des manifestations digestives banales, antérieurement (décembre 1940); ictère en 1919, digestions pénibles: lourdeur, ballonnement, somnolence après les repas, anorexie.

En 1933, puis en 1938, histoire ulcéreuse assez discrète, sans critère radiologique, calmée par le repos.

Fin 1939, est replié en province. 1^{er} janvier 1940: au milieu du repas, crise brutale, douleurs très fortes, vomissements. Les douleurs se répètent; épigastriques, à irradiations dorsales très intenses, striction, l'après-midi (1 ou 2 heures après le repas), la nuit, atténuées par le decubitus, par les vomissements, par le lait. Ce tableau alarmant se complique d'une *intolérance gastrique* absolue, d'un amaigrissement de *10 kilogs en deux mois*, jusqu'à l'entrée à l'hôpital (1^{er} février). Cette crise est *calmée alors par le repos et le traitement, en trois jours.*

Radio (2 février 1940): grosse niche pédiculée sus-angulaire.

Gastroscopie (3 février 1940): « grand ulcère très profond, irrégulier, mais à bords nets. Fond gris-verdâtre, creusé dans le pilier antérieur et paraissant à distance de 15 mm. »

2^e radio (15 avril 1940): de l'énorme niche de la petite courbure, il ne reste plus qu'une petite irrégularité (*).

2^e gastroscopie (6 avril 1940): ulcère complètement cicatrisé.

(*) Voir reproductions, page 31.

Cicatrice invisible. On note à la base du pilier antérieur une petite surface jaunâtre d'environ 4 à 5 mm., plane, peut-être le seul reliquat visible de la lésion.

Radio (16 septembre 1941) : aucune lésion.

Va bien cliniquement en octobre 1942.

OBSERVATION XI

Mme S..., 53 ans. — Ulcère géant de la petite courbure. Hyposystolie. Hyperthyroïdie.

1° Souffrait depuis plusieurs années : douleurs paroxystiques, espacées. Restait quatre à six ans sans crises, puis présentait des périodes de douleurs calmées par l'alimentation.

2° *Depuis un an souffre tous les jours et tout le jour.* Cependant, conservation de l'appétit, mais déclin de l'état général (janvier 1941, défaillance cardiaque avec double épanchement pleural. Œdèmes des membres).

Examen (20 mars 1941) : Sensation d'une petite masse irrégulière collée à la petite courbure. Indolore, très mobile, correspondant à l'image radiologique d'une niche géante sus-angulaire (pas de gêne pylorique).

Gastroskopie (22 mars 1941) : Ulcère exactement à l'angle gastrique, à la base du pilier antérieur, s'escamotant par moment au début de l'examen. Ulcère à fond jaune, crémeux, serti de bords réguliers rigoureusement plats. *Aucun signe de dégénérescence néoplasique.* Muqueuse à l'entour de l'ulcère un peu gonflée et lisse. Pas de gastrite à distance. (Tachycardie violente pendant l'examen).

3° Entrée dans le service du Professeur LAUBRY pour son asystolie, la malade meurt subitement. *A l'autopsie*, gros ulcus à fond formé par le pancréas.

OBSERVATION XII

M. L..., 57 ans. Ulcère géant de la petite courbure.

Malade ayant toujours présenté de mauvaises digestions.

Depuis deux mois, apparition de douleurs survenant une heure après les repas, et la nuit vers minuit. Douleurs à type de crampes, d'élançements, gargouillements; renvois nauséabonds que le malade compare à des œufs pourris.

L'appétit est conservé, mais l'amaigrissement est considérable:
10 kilogs en deux mois.

Radio : énorme niche.

GastroscoPie (17 janvier 1942), montre un ulcus géant, d'abord fermé par une bourse de contraction, dont la dimension correspond à l'image radiologique, à bords minces; fond « coquille d'huître ». Hypermyxie.

Ce malade traité médicalement était en excellent état en juillet 1942.

OBSERVATION XIII

M. D..., 43 ans. — Ulcère géant invétéré.

28 février 1941:

1° Début en 1917. Jusqu'à 1933, histoire douloureuse à type de brûlures en crises de deux-trois mois, avec rémissions totales. Regurgitations acides nombreuses.

2° A partir de 1933, les troubles s'accroissent : peu de périodes de calme vrai.

3° Depuis juillet 1931, douleurs continues avec paroxysmes post-prandiaux — 5 heures, 1 heure du matin — irradiations à gauche.

4° Sur ce fond douloureux continu se sont superposées récemment trois grandes crises de douleurs intenses, à type constrictif, arrachant des cris au malade, sans irradiations, durant environ un quart d'heure.

Radio (1^{er} mars 1941) : estomac en escargot. Enorme image diverticulaire, irrégulière de la région moyenne de la petite courbure.

GastroscoPie (22 mars 1941) : le spasme biloculant antérieur a cédé, le gastroscope pénètre jusqu'à la région pré-pylorique, mais le pylore demeure invisible. (Stase importante). Ulcère très diminué de volume, s'escamotant toujours (12 mm.).

La radio du 26 mars 1941 montre une niche toujours volumineuse, irrégulière, sensiblement diminuée cependant.

OBSERVATION XIV

M. B..., 67 ans. — Ulcère géant récent de la petite courbure.

1° Pas d'antécédents gastriques.

2° Début brusque il y a trois mois. Douleurs très violentes, à type de crampes et brûlures, *continues*, avec vomissements survenant une demi-heure après les repas. Sans anorexie mais *amaigrissement de 12 kilogs en trois mois*.

Radio : grande niche tantôt convexe, tantôt aplatie, extériorisée par rapport à la petite courbure sus-angulaire.

GastroscoPie : petit estomac, hypertonique, antre et pylore normaux. Vaste ulcère de la face postérieure, atteignant la petite courbure, entamant presque l'angle, de 6 à 8 cm. de diamètre, ovale, serti d'un bourrelet œdématisé, surtout en amont fond blanc éclatant, brillant : *ulcère de Cruveilhier bénin classique*.

OBSERVATION XV

Mme V..., 58 ans. — Ulcère face postérieure. Invisible à la radio. Allure *cachectique pseudo-cancéreuse*. Diagnostic d'ulcère fait à la gastroscoPie.

1° Il y a trente ans, la malade accusait des troubles gastriques avec douleurs tardives (5 heures, 1 heure du matin) ; anorexie et vomissements alimentaires et piteux.

Pas de radio, diagnostic de ptose et d'atonie gastrique. Ces épisodes paroxystiques durent trois ans.

2° Rien à signaler jusqu'à la *déclaration de guerre* de septembre 1939 : apparition de crises très longues, durant des mois avec rémissions imparfaites de quelques jours sans sédation complète.

3° Depuis juillet 1942, les douleurs deviennent *continues*, peu calmées, mais augmentées immédiatement après les repas, réveillant la malade à une heure et demie du matin.

L'anorexie devient absolue, avec dégoût marqué pour les aliments. Amaigrissement progressivement alarmant (actuellement la malade maigrit au rythme d'un kilog par semaine).

Les vomissements surviennent au moins tous les trois jours, rarement alimentaires, ils sont souvent sanglants.

En résumé, état général déplorable, asthénie totale, amaigrissement inexorable, douleurs continues, presque sans rythme.

Au début de juin, une radio ne montre rien de net.

Gastroscopie du 3 octobre 1942 : ulcère de 2 cm. 1/2 de large, au tiers moyen de la face postérieure, tout le tiers moyen portant la lésion était, par moment, projetée à l'intérieur du fundus comme une draperie qui se serait détachée du mur gastrique.

OBSERVATION XVI

Mme M..., 68 ans. Ulcère géant invétéré.

1° Douleurs demi-tardives *depuis toujours* par crises saisonnières.

2° Depuis *trois semaines* la douleur ne laisse plus la malade ; n'est calmée par aucun alcalin, ni aucune position.

Radio : niche en plateau sur certains films.

Gastroscopie (28 février 1942) : énorme ulcère de la face postérieure, absolument géant puisque l'objectif, retiré au cardia, la niche occupe tout le champ.

En amont zone enflammée, rouge, dure.

L'ulcération forme une géode entièrement tapissée d'une membrane blanc-grisâtre.

OBSERVATION XVII

M. C..., 63 ans. — Ulcère géant récent de la petite courbure.

1° Pas d'antécédents gastriques.

2° Vu en novembre 1941, il souffre depuis le mois d'août de douleurs demi-tardives.

3° Amaigrissement de 20 kilogs en quatre mois.

Hémogramme 3.400.000. V. G. = 1,07.

4° Radio: énorme niche de la petite courbure avec canal pylorique ondulé.

5° GastroscoPie: ulcère géant de la face postérieure, tiers moyen, large de 7 cm., traversant à l'emporte-pièce, la paroi gastrique, très profond, sapant en avant la face postérieure (on croirait qu'il va se réaliser une gastro-gastrostomie). Fond profond de 5 cm., à deux étages, bosselé, garni de caillots, revêtu de fausses membranes jaunes sales, très épaisses. Ensemble de l'estomac très tolérant à l'égard de cette lésion, pas de gastrite appréciable, pas d'hypersécrétion. Antre et pylore normaux, mais immobiles. Tolérance parfaite à l'air; muqueuse non fragile. *Pas d'aspect malin.*

OBSERVATION XVIII

Mme D..., 58 ans. — Ulcère géant, adhérent au pancréas.

Vue le 4 octobre 1941.

1° Gastralgies à l'âge de 20 ans; rien à signaler pendant 38 ans.

2° En février 1941, apparition de douleurs demi-tardives, d'intensité progressive, accompagnées de vomissements. Ce tableau atteint son maximum en avril.

3° A la radio, niche importante de la petite courbure.

4° En mai, laparotomie; on trouve une énorme masse développée aux dépens de la face postérieure de l'estomac, faisant corps avec le pancréas. Pensant à un néo étendu, on referme. Suites normales. 5 mois après: la malade a engraisé de 5 kilogs.

5° GastroscoPie du 4-10-41: antre et fundus inférieur normaux. Au tiers inférieur du fundus, grand plissement muqueux, tranchant, en croissant, coupant perpendiculairement la grande courbure. Ce pli falsiforme demeure très tendu, la muqueuse, souple, est normale, d'aspect plissé, on a l'impression d'une grosse cicatrice sous-muqueuse.

OBSERVATION XIX

M. L..., 39 ans. — Ulcère duodénal invétéré, typique.

Vu le 23 mars 1939.

1° *Début il y a 12 ans. Evolution uniforme, mais :*

2° *Progressivement :*

- les douleurs deviennent plus rebelles,
- plus fortes,
- plus précoces,
- plus longues,
- les crises durent plus longtemps,
- les rémissions sont plus courtes.

Actuellement la crise survient 2 h. à 3 h. après les repas, surtout l'après-midi, rares le matin et après le dîner. Douleur en étai, para-ombilicale gauche, à irradiations épigastriques et dorsales, calmée par le repos, la chaleur, les aliments, les alcalins.

Par ailleurs, alternative de diarrhées et de constipation; aucune hémorragie, pas de vomissement.

La radio montre une encoche permanente de la grande courbure du bulbe.

OBSERVATION XX

M. B..., 38 ans. — Ulcère duodénal invétéré avec vomissements.

Vu le 24 avril 1941, il souffrait depuis 12 ans de crises saisonnières (Printemps-Automne), restant plusieurs mois sans maux.

Actuellement, vomissements quotidiens, abondants, depuis douze jours, avec douleurs tardives (5 heures de l'après-midi), très violentes, épigastriques à irradiations lombaires, calmées par les aliments et le decubitus; ces vomissements sont glaireux, acides, quelquefois verts, jamais alimentaires. L'examen cependant est négatif.

Radio : bulbe irrégulier.

Dans le courant de mai 1941, les douleurs deviennent continues; la radio montre un ulcère du duodénum.

A partir du 10 novembre, altération considérable de l'état général, avec asthénie le confinant au lit. Crampes tardives, très violentes, avec vomissements aqueux; tandis que l'examen ne montre aucune sensibilité bulbaire, même en decubitus latéral gauche.

OBSERVATION XXI

M. D..., 54 ans. Ulcère duodénal à douleurs continues. Forme cachectique.

En mars 1941 souffrait *depuis 10 ans* de crises épigastriques continues, avec paroxysmes nocturnes. Les douleurs ne régressent jamais complètement. Pas de nausées, pas d'anorexie, mais un amaigrissement progressif; *inefficacité absolue de toutes les médications entreprises.*

Gastroscope (15 mars 1941): muqueuse non fragile, réseau veineux sur le fundus haut — pas d'ulcère visible. Antre et pylore spasmes au début de l'examen.

Radio: niche de la petite courbure bulbaire.

Par la suite, les crises douloureuses se calment mais l'*amaigrissement continue*, quoique l'appétit soit monstre (66 kg. 200 le 30-3-41, 59 kg. 600 le 26-2-42, 57 kg. 900 le 21-5-42).

OBSERVATION XXII

Mme Z..., 32 ans. — Crampes précoces. Ulcère du duodénum.

Souffre depuis six mois quand elle est vue en juillet 1941. Crampes précoces, une demi-heure après les repas, transfixiantes, durée 30 minutes; survenant vers 7 heures le soir et toute une partie de la nuit. Nausées permanentes. Anorexie. Aspect abattu. (Malade ayant éprouvé de gros ennuis avant l'apparition de son ulcère.)

OBSERVATION XXIII

M. H..., 37 ans. — Ulcère de la deuxième portion du duodénum avec réaction pancréatique.

1° En 1934; épisode de gastrite.

A la suite d'une indigestion causée par des champignons: douleurs précoces, une demi-heure après les repas, à type de pesanteur

et de torsion. Ces douleurs sont *améliorées par le collargol*. Rémission de dix-huit mois.

2° En 1938: duodénite. Peu à peu d'autres douleurs s'installent, beaucoup plus tardives, 2 à 3 heures après les repas, et même la nuit. Douleurs à type de crampes, non calmées par les repas, ce sont *des douleurs basses*.

Les crises sont prolongées. Pendant un an le malade souffre tous les jours, avec maximum en 1938-1939.

Cessation des crises lors de la mobilisation, reprise au cours de la retraite. D'abord apparition, de temps en temps, d'une douleur sous les fausses côtes droites, puis douleurs beaucoup plus tardives, 5 à 6 heures après les repas, para-ombilicales droites, parfois petites coliques.

Dans les antécédents on ne retrouve pas d'ictère.

L'appétit est conservé, léger amaigrissement; pas de température. Quelques selles diarrhéiques.

Radio : ulcère du deuxième duodénum.

Traitement: le collargol échoue actuellement. Le bismuth augmente les douleurs.

A la fin de 1941, les douleurs tardives se font plus rares le jour, mais la nuit et surtout le *matin* elles se précisent, avec prédominance au niveau de D8-D10, intéressant les masses musculaires para-vertébrales droites. Chaque matin: tension du colon droit.

OBSERVATION XXIV

Mme L..., 46 ans. — Crampes et brûlures demi-tardives. Ulcère de la petite courbure avec gastrite ulcéreuse.

Cliniquement cette malade présente des douleurs demi-tardives depuis un an, *tous les jours*, avec peu d'accalmies; à type de *brûlures* et de crampes, avec coliques abdominales, le tout calmé par les alcalins, les aliments, le decubitus. Pas de douleurs nocturnes. Pas de vomissement, quelques pituites.

Mise au traitement en juillet 1942, la malade s'est trouvée très améliorée, puis légère rechute en automne.

Le 17 octobre 1942, elle présentait des douleurs à *prédominance* de brûlures demi-tardives, depuis quelques temps.

GastroscoPie du 17-10-42. Ulcère de la petite courbure, face postérieure, au tiers moyen, de 12 mm. environ, peu creux, gris jaunâtre. Il existe en amont une très forte réaction inflammatoire, tumorale, bombant, au niveau de laquelle la muqueuse est sale, pultacée, strigillée d'érosions en traits d'aiguilles; cette muqueuse est fragile. Antre et pylore normaux, pas d'hypersécrétion.

OBSERVATION XXV

M. A..., 46 ans. — Ulcère de la petite courbure avec irritation du pneumogastrique. Forme hémorragique alarmante.

Le 16 mai 1942, ce malade entre en urgence à l'hôpital: le même jour, 2 heures après le repas, une hématomèse abondante de deux verres de sang noir, précédée d'une douleur violente au creux de l'estomac.

L'hémorragie se répète à trois heures avec la même importance, mais alors de sang rouge. Quelques heures après, méloena.

Malade pâle, affaibli. TA = 10 - 3.

1° Histoire ulcéreuse remontant à plusieurs années: douleurs épigastriques à irradiations dorsales, d'horaire tardif, calmées par les alcalins, non par les aliments, à type de brûlures avec *hyper-sialorrhée* tout le temps de la crise, troubles calmés par un vomissement acide, liquide, abondant.

Crise de deux à trois jours.

Rémission de trois semaines.

2° Depuis mars 1942, aggravation.

a) Amaigrissement de 20 kilogs en deux ou trois mois;

b) Quelques vomissements noirâtres;

c) *Perte de la régularité des crises, gain d'intensité.*

3° La crise actuelle dure depuis trois semaines: brûlures à irradiations multiples, vomissements.

Radio (23 mai 1942): image de niche de la petite courbure, avec image lacunaire de l'antre.

Gastroskopie (30 mai) : ulcère de 2 cm. de diamètre, creusé dans une masse inflammatoire (volume d'une demi mandarine) surtout creusé en amont. Muqueuse ne présentant ni gastrite, ni fragilité, teinte jaune, pas trace d'hémorragie.

Par la suite (juin), guérison clinique, amélioration radiologique.

OBSERVATION XXVI

M. P..., 25 ans. — Ulcère de la petite courbure avec réaction du pneumogastrique.

Souffre depuis deux ans aux périodes de fatigue.

Vu au moment d'une crise qui dure depuis quinze jours.

1° Gêne précoce: lourdeur, sensation de lenteur d'évacuation *avec salivation intense*. Le malade a la respiration comme coupée lors de ses crises.

2° Crampes violentes au creux épigastrique, sans irradiations à 3 heures de l'après-midi et à 10 heures.

3° Beaucoup de renvois acides.

4° Pouls à 70.

Guéri par le traitement (bismuth-atropine). Pas de rechute.

OBSERVATION XXVII

Mme T..., 65 ans. — Ulcère gastrique de la petite courbure.

Vue en mars 1942, disait souffrir depuis 1935, mais surtout depuis octobre: type nauséux, douleurs vagues survenant par crises. Cambriolée il y a une semaine, une crise s'est déclanchée aussitôt (21 mars 1942) : douleurs tardives violentes, crampes et déchirements la réveillant la nuit. Calmée par l'alimentation.

Anorexie, amaigrissement léger.

A la radio : ulcère typique du tiers supérieur de la petite courbure.

OBSERVATION XXVIII

M. P..., 64 ans. — Ulcère duodéal. — Forme familiale.
Gêne pylorique.

Souffrait depuis dix ans de douleurs tardives avec signes de
gêne pylorique.

Deux mois avant l'hémorragie de sa sœur (observation suivante),
fait une hématomèse.

Gastro-entérostomie.

Guérison (suivi cinq ans).

OBSERVATION XXIX

Mlle P..., 65 ans. — Ulcère duodéal. Forme familiale. Type
sensitivo-moteur.

A toujours souffert, mais surtout depuis trois mois, quelques
temps avant l'apparition d'une hématomèse abondante avec
meloena.

Les malaises sont du type sensitivo-moteurs post-prandiaux. Une
gastro-entérostomie est pratiquée. Guérison (suivie 5 ans).

OBSERVATION XXX

Mme W..., 43 ans. — Ulcère duodéal avec hématomèse.
Syndrome sensitivo-moteur.

Digère mal depuis quelques années.

En 1936, hématomèse (syncope grave, pas de transfusion) ; la
radio ne montre qu'une ptose gastrique.

A des malaises fréquents, brûlures, mais jamais de grosses périodes
douloureuses. N'a pas faim. Avait autrefois des pituites, n'en
a plus.

Affaiblissement considérable, anorexie marquée, perte de 5 à
6 kilogs en quelques mois.

Radio décembre 1941 : ulcère du bulbe.

GastroscoPie: grand estomac hypotonique; gastrite mamelonnée généralisée.

OBSERVATION XXXI

Mlle W..., 17 ans 1/2. — Ulcère du bulbe. Forme sensitivo-motrice.

1° A dix ans, abcès de la fosse iliaque droite.

2° Début de douleurs tardives en février 1933.

3° Grosse crise de juin-septembre 1938, à type d'élancements, fourmillements du côté droit. Nausées fréquentes, à distance des repas, migraines. Vomit tous les deux ou trois jours.

Radio (10-38) faite en l'absence de crise, montre une bulbe en trèfle.

Etat stationnaire (suivie jusqu'en 1941).

OBSERVATION XXXII

Mlle G..., 15 ans. — Ulcère du bulbe duodénal avec syndrome d'aérophagie douloureuse. Kyste de l'ovaire opéré à 13 ans.

Début des troubles il y a trois ans. Se plaint de brûlures précoces « en sortant de table », avec régurgitations de liquide amer, qui calment la malade. Troubles soulagés par le bicarbonate. Dans l'ensemble: syndrome d'aérophagie douloureuse.

Radio: grosse irrégularité de contour de la petite courbure gastrique dans la région sous-cardiaque, en decubitus dorsal image lacunaire à ce niveau. Par ailleurs signes d'ulcère du bulbe.

OBSERVATION XXXIII

M. D..., 37 ans. Ulcère duodénal à syndrome sensitivo-moteur. Forme familiale. Gastrectomie.

Souffre depuis 1930. Présentait le même tableau que sa femme (syndrome sensitivo-moteur demi-tardif) plus brûlures tardives (voir observation de Mme D..., n° XXXVIII).

1939: gastrectomie.

Depuis: brûlures précoces calmées passagèrement par l'alimentation. Aigreurs, tête lourde, somnolence post-prandiale.

Gastroskopie (14-2-42) : estomac petit très hypertonique, hypermyxie. Ligne anatomique godronnée, turgescente, œdématiée, vermillon. A 9 heures, enchatonnée dans les festons, érosion gristâtre, grosse comme deux têtes d'épingles.

OBSERVATION XXXIV

M. L..., 51 ans. — Ulcère duodénal + syndrome sensitivo-moteur.

Juillet 1941.

Malade depuis huit ans, le diagnostic de ptose avait été fait.

Douleurs précoces (moins d'une heure après les repas), peu intenses, à type de malaises, de brûlures. Jamais de vomissements. Le malade se plaint de flatulences continuelles, de renvois, de nausées.

A perdu 3 kg. 800 depuis le début de sa maladie, et 1 kg. 500 en deux à trois semaines.

En septembre 1941, aggravation des crises.

A la radio, diagnostic d'ulcère du bulbe.

Le traitement amène une sédation complète.

En décembre 1941, le malade est en très bon état.

OBSERVATION XXXV

M. W..., 73 ans. Ulcère duodénal à syndrome sensitivo-moteur. Hypersécrétion.

1° Malade amené à l'hôpital le 26 août 1942 pour selles sanglantes, répétées pendant une semaine (deux à trois par jour).

2° A l'interrogatoire aucun autre trouble digestif actuel, si ce n'est une histoire de douleurs légères paroxystiques anciennes.

3° Début vers 1920, crises de cinq à six jours, à type de gêne précordiale précoce (une demi-heure) à irradiations dorsales; rémissions de un mois environ. Ces épisodes se sont répétées pendant deux à trois ans en augmentant progressivement, puis :

4° Apparition de vomissements liquides acides, assez abondants, calmant la douleur. Jamais d'hémorragies.

5° Souffre moins souvent depuis quelques années.

6° Le 3-10-42, une rectoscopie montre à la partie tout à fait supérieure de l'ampoule rectale une zone érodée, oedématisée, présentant une demi-douzaine d'ulcérations saignant abondamment,

Cependant, à la radio, image d'ulcus de face, en plein centre du bulbe duodénal.

7° Par la suite les *rectorragies* de sang rouge se répètent et fin octobre, une nouvelle rectoscopie *ne retrouve plus de lésions rectales saignant*.

OBSERVATION XXXVI

M. S..., 39 ans. — Ulcère duodénal à syndrome sensitivo-moteur. Hypertension.

1° Souffrait depuis quatre ans.

2° Les crises ont éclaté plus fortement depuis les événements du printemps 1940. Crises de quinze jours de douleurs épigastriques à irradiations droites, pas très fortes, crampes survenant une demi-heure après les repas; rarement réveillé; la douleur est immédiatement calmée par les aliments.

Quelquefois souffre toute la journée de petites crampes, soulagées par le repas, reprenant 2 à 3 heures après.

A maigri de 5 kilos environ, ce malade est déprimé, neurasthénique.

Radio (18-11-40) : ulcère duodénal.

3° Revu en novembre 1941. Les crises sont devenues plus fortes, parfois douleurs continues, souvent réveil nocturne, soulagement moindre par les repas.

Radio (décembre 1941) : ulcère du bulbe duodénal.

OBSERVATION XXXVII

M. Z..., 42 ans. — Syndrome sensitivo-moteur + Ulcère du bulbe.

1° Souffre depuis plusieurs années.

2° Vu pour la première fois en juillet 1941, il se plaint de malaises survenant deux heures après les repas le plus souvent, mais parfois dès qu'il a mangé (surtout sauces).

3° Plus rarement, véritables crises douloureuses de siège thoracique ou dorsal, calmées par les alcalins.

4° A un peu maigri.

OBSERVATION XXXVIII

Mme D..., 32 ans. — Ulcère duodéal à syndrome sensitivo-moteur. Forme familiale (voir XXXIII).

Souffre depuis quatre ans toujours de la même façon: somnolence, renvois acides, barre à l'estomac, avec faims anormales et quelquefois malaises à 3 heures du matin.

Appétit conservé. Amaigrissement de 5 kilogs.

Radio (Février 1942): ulcère duodéal de face.

OBSERVATION XXXIX

M. S..., 43 ans. — Ulcère duodéal. Brûlures. Bronchite emphysémateuse.

Début en 1930. Brûlures épigastriques tardives avec grosse asthénie, une à deux crises par an. En septembre 1941, découverte d'un ulcère duodéal, persistance des crises à type de brûlures (5 heures-minuit). Malade très fatigué.

OBSERVATION XL

M. B..., 26 ans. — Ulcère duodéal avec hématomé. Brûlures dès le réveil, pas de crampes tardives.

Vu en 1930 souffrant depuis un mois et demi.

Antécédents de brûlures, de pesanteur dès le réveil.

Hématémèse à 7 heures du matin (trois bols de sang rouge).

Pas de douleurs tardives, mais depuis huit jours quelques petites brûlures demi-tardives (vers 2 ou 3 heures de l'après-midi). Pas de douleurs nocturnes. Amaigrissement de 2 à 3 kilogs au moins.

OBSERVATION XLI

M. Z..., 32 ans. — Ulcère duodénal + lithiasé rénale. Brûlures à six heures du matin.

Vu le 19 janvier 1942. Crises depuis quatre ans, espacées. Tranquille depuis un an, souffre depuis un mois de brûlures, très fortes, 5 heures de l'après-midi et 6 heures du matin. Calmées par l'alimentation, accompagnées de salivation abondante, nausées sans vomissements.

OBSERVATION XLII

M. V..., 58 ans. — Ulcère de la petite courbure du bulbe. Syndrome douloureux du réveil et de la verticale.

Vu en octobre 1941. Souffrait depuis sept ans, une crise par an. Depuis deux mois, *crise permanente*.

Douleurs à type de pincements épigastriques irradiant dans le dos, dans les hypocondres et le bas-ventre. Troubles calmés par le decubitus, la position penchée en avant, les régurgitations. Souffre dès le réveil au moment où il se lève, arrête sa crise en restant couché.

Antécédents de coliques hépatiques avec ictère, il y a quatorze ans sans grandes crises douloureuses. Hypertension.

Radio : petite épine sur la petite courbure bulbaire.

Par la suite, en novembre-décembre 1941, crises diarrhéiques permanentes (30 selles par jour), mais amélioration du tableau gastrique.

OBSERVATION XLIII

Mme M..., 53 ans. — Ulcère de la face antérieure. Allure cachectisante. Invisible à la radio, découverte à la gastroscopie.

Vue en septembre 1941. Souffre depuis dix-huit mois de douleurs à gauche; irradiations dorsales, 1 heure ou 2 après le repas et minuit. Type de brûlures, malaises.

A perdu 21 *kilogs* en dix-huit mois.

Radio (1-10-41) : ptose gastrique sans lésions.

Gastroscopie (17-10-41) : petit estomac, hypertonique. Ulcère en furoncle au-dessus de la grande courbure, en amont du pied du pilier antérieur.

Par la suite, janvier 1942, amélioration des douleurs, mais prurit généralisé. Reprise du poids.

OBSERVATION XLIV

M. Le R..., 40 ans. — Ulcère duodénal. Faux cancer.

Le début remonte à mai 1940 par :

Anorexie, vomissements alimentaires à 6-7 heures du soir (aliments ingérés à midi). Dégoût pour le tabac. Amaigrissement marqué de plusieurs *kilogs*.

Par la suite, pendant une période douloureuse, le 13 mai 1942, a eu un lumbago (antécédents de lumbago il y a douze et six ans).

Depuis la fin de la crise, petits malaises, douleurs sourdes.

Un examen radiographique, pratiqué en septembre 1940 et en février 1942, montre en ulcère de la grande courbure du bulbe.

OBSERVATION XLV

M. P..., 56 ans. — Forme invétérée. Radio difficile à interpréter. Ulcère étendu de l'antre à la gastroscopie.

Il s'agit d'un malade hospitalisé par deux fois dans le service,

dans le courant de l'année 1941; d'abord en mars pour un syndrome d'artérite, puis en octobre, pour des phénomènes douloureux épigastriques.

1° *Début il y a 25 ans*, par une crise de douleurs tardives, durant une année, presque sans rémission.

2° Par la suite, quelques petites crises de trois jours séparées par des périodes de rémission de un mois environ.

3° *Depuis l'été 1941*, douleurs très vives, durant une demi-heure, avec faims douloureuses, nausées, sans vomissements.

Hospitalisé alors.

a) Une radio permet de prononcer le mot néogastrique.

b) Par contre la gastroscopie ne relève qu'une petite lésion, d'aspect aphtoïde de la petite courbure de l'antrum.

c) Tandis que, sous l'influence du traitement, le malade voit ses crises se calmer, l'amaigrissement progresse, atteignant, pendant le séjour même à l'hôpital, 6 kilogs en quelques semaines.

4° Actuellement (oct. 1942), les crises douloureuses se sont définitivement *soudées*, si bien que le malade n'a plus guère de rémission vraie. *Il souffre toute la journée*; calmées par les repas, les douleurs reprennent 3 à 4 heures après; elles le tiennent éveillé toute la nuit. *L'amaigrissement continue par ailleurs.*

Une gastroscopie (17-10-42) réserve une surprise en montrant une lésion *véritablement énorme* de la petite courbure antrale, lésion qui s'escamote, sous les yeux de l'observateur, prenant rapidement une surface et un aspect identiques à ceux de l'objet aphtoïde découvert en octobre 1941.

OBSERVATION XLVI

M. G..., 55 ans. — Ulcère de la petite courbure à forme de douleurs nocturnes. Forme familiale.

En janvier 1941, souffrait depuis 15 ans, mais surtout depuis une opération de hernie en 1935.

Était alors en période de crise depuis trois mois; se plaignait de douleurs à prédominance nocturne, à type de crampes douloureuses,

survenant par crises; le rejet de mucosités et de gaz le soulagent.

L'examen est négatif. La radio montre un ulcère de la petite courbure.

OBSERVATION XLVII

M. S..., 31 ans. — Ulcère duodénal avec douleurs nocturnes. Pancréatite. Crises vésiculaires.

Souffre depuis dix ans de crises douloureuses post-prandiales, plus ou moins marquées, plus ou moins espacées.

A partir de mai 1940 :

— Soit crises de douleurs nocturnes, crampes transfixiantes, le réveillant à minuit, avec brûlures fréquentes.

— Soit crises de douleurs continues, brûlures et crampes, survenant dès le réveil, irradiant dans le dos, rebelles à tout traitement.

— Soit douleurs dorsales franches, sans crise épigastrique.

— Plus récemment, apparition de douleurs tardives, calmées par les repas, reprenant dès la fin de ceux-ci.

Les radiographies de 1940 et 41, montrent un ulcère du bulbe.

OBSERVATION XLVIII

M. G..., 44 ans. — Ulcère duodénal à évolution saisonnière. Douleurs nocturnes. Allure cachectique.

Début remontant à 8 mois.

En janvier 1941, existent des crises de 8 à 10 jours, survenant l'automne et l'hiver. La douleur est à prédominance nocturne, prenant alors une intensité particulière, crampes dans tout le côté droit de l'abdomen, le malade ne peut s'endormir avant 4 ou 5 h. du matin.

Quoique l'appétit soit conservé, l'état général est très touché. Amaigrissement de 10 kilogs en 8 mois.

Examen négatif. A la radio, ulcère duodénal.

A un examen ultérieur, le 1^{er} juin 1942, on note la présence de signes de gêne pylorique: abdomen tendu, clapotage et flot.

OBSERVATION XLIX

M. Le P..., 35 ans. — Ulcère de la petite courbure. Douleur continue à prédominance nocturne. Crises longues.

1° Sans antécédent gastrique, commence à souffrir en août 1939 : pesanteurs abdominales hautes, très pénibles, sans vomissements, sans aigreurs, sans hémorragies. Cette douleur est à prédominance *nocturne*, mais est *continue* pendant toute la journée, *non influencée* par les repas; pendant trois mois. Diagnostic de ptose (Beaujon). Traitement alcalin ceinture: sédation jusqu'à :

2° Octobre 1941, reprise des douleurs très vives, calmées par les repas, reprenant trois à quatre heures après, le réveillant la nuit. Crises d'un mois.

3° Par la suite, les crises s'espacent, s'écourtent, 2 jours maximum dans le courant de l'année 1942.

Le 8-10-42, n'a pas eu de crise depuis un mois.

Gastrosco pie (6-12-41) : ulcère jaune, plat, 15 mm., en amont du pilier postérieur.

Radio (octobre 1942) : saillie convexe du tiers moyen de la petite courbure gastrique de grand rayon, comme on en voit dans les *aspects cicatriciels*.

OBSERVATION L

Mlle Le G..., 9 ans. — Ulcère duodénal. Dystonie vago-sympathique. Enurésique.

Début en février-mars 1941. Le 20 mars, est en pleine crise depuis huit jours.

Douleurs à type de crampes et de torsions, durant environ 20 minutes.

Il s'agit d'une enfant nerveuse, présentant des absences, énuré-

sique, se plaignant d'essoufflement. Pendant l'examen, apparition d'une bouffée vaso-motrice de l'hémi-face droite; sensibilité épigastrique et sous-hépatique en decubitus latéral gauche.

Radio: ulcère correspondant à la région moyenne de la petite courbure bulbaire.

Par la suite (mai 1941) plus de douleurs — toujours énéurésique (spina bifida à la radio).

Un an après, elle s'est beaucoup développée. Etat digestif parfait (28 mai-28 octobre 1942).

OBSERVATION LI

M. G... (fils), 19 ans. — Ulcère duodénal avec douleurs non calmées par l'alimentation. Forme familiale (voir XLVI).

Vu pour la première fois en novembre 1940, ce malade accusait depuis neuf mois des douleurs demi-tardives (2 h.).

A rendu plusieurs ascaris.

A maigri de 3 kilos en cinq semaines.

En juillet 1941, crise de diarrhée pendant trois jours, avec température à 40°, perte de connaissance.

Radio: ulcère du duodénum.

En janvier 1942, se plaint de douleurs avant le repas de midi, puis vers 4 heures; ne souffre pas la nuit, mais se plaint de lourdeurs le soir.

OBSERVATION LII

Mme W..., 54 ans. — Ulcère duodénal avec gêne pylorique. Vomissements acides.

Vue le 16 mars 1942, elle souffrait alors depuis quelques mois, et surtout depuis décembre précédent. Crises de douleurs tardives, y compris la nuit, crampes à droite avec irradiations dorsales; calmées par les repas et les alcalins; quelques faims douloureuses; ces troubles ne sont pas influencés par les positions.

Depuis quelques temps, apparition de vomissements peu abon-

dants, quelques glaires acides et quelques aliments, survenant 4 ou 5 heures après les repas.

Amaigrissement de 5 à 6 kilogs, depuis trois mois surtout (dit ne pas avoir eu de restrictions alimentaires, même récemment).

A la radio on reconnaît un ulcère du bulbe.

Par la suite (juin 1942), grosse amélioration par le traitement médical.

OBSERVATION LIII

M. B..., 33 ans. — Ulcère intra-pylorique. Crises brèves. Forme avec hypersécrétion. Vomissements. Antécédents de tuberculose.

1° *Période de début*: il y a dix ans, quelques douleurs épigastriques en crises brèves, terminées par des vomissements d'un demi-verre de liquide acide; crises saisonnières l'été, avec rémission de neuf mois; ni fatigue, ni perte de poids, appétit normal.

2° Depuis 1940, tous les jours, même deux fois par jour, brûlures épigastriques irradiant vers l'une ou l'autre omoplate, s'accompagnant de migraines. La nuit, mêmes douleurs. Ces manifestations sont toujours calmées par des vomissements en fusée, sans nausées, liquides non alimentaires, soit provoqués soit spontanés.

Radio : toujours négative.

3° Depuis mai-juin 1942: grosse aggravation de l'état général: amaigrissement et surtout vomissements alimentaires, intolérance gastrique quasi totale.

Radio (15 mai 1942): ulcère dans le pylore même, plicature de la petite courbure antrale, bulbe ramené en dedans, en rétro-position.

4° Vu pour la dernière fois en octobre 1942, ce malade présentait un état très grave faisant entrevoir la nécessité d'une intervention chirurgicale à bref délai.

OBSERVATION LIV

M. B..., 53 ans. — Ulcères multiples de l'estomac et du bulbe. Syndrome complexe, auquel participent: le foie, la vésicule, le pancréas, en dehors de l'estomac et du duodénum.

Malade souffrant depuis de très longues années. Les phénomènes douloureux sont, pour ainsi dire, incessants, mais se présentent sous deux types distincts, souvent intriqués; il y a, d'une part un état nauséux, avec brûlures, survenant à table, entraînant des vomissements alimentaires; il y a, d'autre part, un syndrome douloureux tardif, fait de brûlures accompagnées d'aigreurs plutôt que de crampes et une faim pénible, bien calmée par les repas.

Pendant des années, les radiographies ne montrent pas l'ulcère gastrique et la lésion duodénale est discrète (bulbe irrégulier, intolérant, mais sans niche ou image de face).

Comme le malade est gros buveur et gros mangeur, et que le rôle des excès de table est manifeste dans la plupart des crises, on se demande s'il existe un ulcère, ou s'il faut mettre les accidents au compte d'une *gastrite éthylique*.

De 1927 à 1930, les crises douloureuses sont courtes mais violentes, avec irradiations dorsales et scapulaires; le ventre est toujours ballonné, les aigreurs, les renvois acides, sont nombreux.

De 1930 à 1935, apparition de très nombreux vomissements bilieux, survenant par crises régulières, d'horaire tardif, le *plus souvent le soir et la nuit*, s'accompagnant de douleurs à prédominance gauche, assez vives; diarrhées et constipation alternent, les renvois sont continuels, les vomissements pituiteux fréquents.

En 1936, diagnostic d'ulcère intra-pylorique. Par la suite, de 1937 à 1940, le malade présente toujours un état nauséux permanent, avec vomissements, diarrhées prandiales, et, par ailleurs, des crises de douleurs tardives qui prennent, à certaines périodes, l'allure d'un *lumbago isolé*, pénible, non rythmé par les repas et se faisant surtout sentir *la nuit*.

En 1940, les examens radiologiques montraient une atrésie de la base du bulbe, empiétant sur la région pré-pylorique. A la même époque la gastroscopie montrait sur une tumeur inflammatoire, deux petits ulcères gastriques, sur la petite courbure, près de la face antérieure de l'estomac, immédiatement en amont du fer à cheval antral.

En mai 1940, survinrent des crises répétées de type complexe; tantôt gastrique, avec un horaire tardif régulier, tantôt vésiculaire, survenant dans la soirée, avec douleurs dans l'épaule, fièvre modérée, vomissements bilieux, intolérance alimentaire.

En septembre-octobre 1941 des crises très violentes, à retentissement dorsal, accompagnées de subictère, d'un amaigrissement important. Une intervention fut décidée, à contre-cœur devant la gravité de l'état général et la vraisemblance de lésions complexes. Une gastrectomie fut pratiquée qui s'avéra difficile. Les ulcères gastriques étaient cicatrisés, mais il existait un ulcère duodénal, au sommet du genu superius, déformant profondément le bulbe, à fond pancréatique, s'accompagnant d'une periviscerite étendue intéressant le cholestycte et le foie. On fut surpris de noter l'absence de cirrhose caractérisée, le foie, cependant, présentait une dégénérescence graisseuse évidente.

Le malade succomba 15 jours après l'intervention, des progrès d'une cachexie lente subfébrile.

Ces constatations rendent parfaitement compte de la complexité clinique. Le malade, en effet, a manifesté, tantôt des phénomènes d'ulcères gastriques accompagnés de gastrite, tantôt des accidents de type duodénal. L'atteinte du pancréas explique les douleurs profondes à type de lumbago. La péri-hépatite et la péri-cholestyctite justifient le caractère spécial des crises d'allure hépatique ou vésiculaire.

Cette observation mérite d'être rapportée, bien qu'elle représente moins une forme « atypique » d'ulcère, qu'une forme compliquée par divers accidents évolutifs.

OBSERVATION LV

M. G..., 43 ans. — Ulcère duodénal. Douleurs à prédominance abdominales bases, presque continues. *Début récent.*

Vu le 23 mars 1942, il souffre depuis quatre mois.

Début progressif de douleurs légères, *précoces*, qui présentement durent toute la journée, dans tout le ventre, à prédominance basse, irradiant dans le dos, augmentées par l'alimentation, existant dans toutes les positions, seulement calmées par des compresses chaudes. Jamais de vomissement. L'appétit est conservé, mais le malade ne mange plus de peur de souffrir. Amaigrissement de 70 à 55 kilogs en quatre mois.

Radio (24 mars) : ulcère du bulbe.

OBSERVATION LVI

M. D..., 65 ans. — Ulcère de la petite courbure gastrique à crises tabétiiformes. Ulcère invisible à la radio.

Malade ayant commencé à souffrir en 1915: pesanteurs et brûlures à type tardif, calmées par les alcalins.

En mai 1925: aggravation des douleurs qui s'accompagnent de nausées et de pituites. Aux brûlures s'ajoutent quelques cram-pes. A ce moment le diagnostic d'ulcère du bulbe avait été posé, mais les nombreux examens radiologiques ne révèlent ni ulcère duo-dénal, ni ulcère gastrique.

De 1927 à 1934, aucune douleurs. *Silence clinique.*

Les douleurs reprennent en mai 1934 sous forme de brûlures très tardives, parfois accompagnées de nausées et d'aigreurs.

Le 25-1-36: *reprise dramatique* des douleurs, accompagnées de vomissements incoercibles. Le malade est pâle, de faciès grippé et rejette des cuvettes de liquide acide. Crise *absolument tabétiiforme* durant huit jours environ. Le chimisme du liquide gastrique extrait à jeun est de 2 gr. 10 d'HCl libre. Une nouvelle radio ne montre aucun ulcère gastro-duodénal, mais seulement une encoche de la petite courbure gastrique à 2 cm. en amont du pylore.

Une gastroscopie est pratiquée le 5 février 1936. Antre et pylore normaux. Gastrite mamelonnée extrêmement développée de la petite courbure et de la face postérieure fundique, avec dépôts pul-tacés et érosions punctiformes. Au centre de la région mamelonnée, à 10 cm. environ du cardia, se voit une zone bombée rigoureuse-ment lisse sur laquelle s'étale un ulcère triangulaire, plat, à fond jaunâtre de 12 à 15 mm. sur 10 mm. Cet ulcère de la petite cour-bure gastrique est par conséquent rigoureusement invisible à la radio.

De mars 1936 à janvier 1937 : aucun accident.

En janvier-février 1937: nouvelle crise douloureuse sans vomis-sements.

Le 10 janvier 1938 éclate brusquement une nouvelle crise : vomissements incoercibles, avec quelques flocons hématiques d'as-pect marc de café. Cette nouvelle crise, extrêmement violente, est arrêtées par des injections intra-veineuses d'atropine.

Du 28 avril au 2 mai, nouvelle crise tabétiforme également arrêtée par l'atropine.

En octobre, crise d'allure semblable, très violente pendant trois jours, puis modérée pendant quatre jours.

La crise suivante survient au début de juin 1939.

A la fin de ce mois une nouvelle gastroscopie pratiquée dans une période de silence absolu ne montre pas d'ulcère.

De nouvelles crises de vomissements, de douleurs atroces, de vertiges violents durant trois à cinq jours se répètent en octobre 1939, décembre 1939, janvier 1940, mars 1941.

La dernière crise comprend trois jours de vomissements, sept jours de douleurs. La radio est toujours négative.

Une gastroscopie pratiquée immédiatement après la dernière crise, montre un ulcère de 10 mm. de diamètre sur la petite courbure fundique à 10 cm. du cardia (25 avril 1941).

Le malade est opéré le 3 juillet 1941. L'opération permet de constater la cicatrisation de l'ulcère. Il est seulement pratiqué une gastro-entérostomie qui donne d'excellents résultats à la date d'octobre 1942.

A titre complémentaire, il est à noter que les reflexes du malade aussi bien tendineux qu'oculaires se sont toujours montrés normaux et que les réactions de Hecht, Meinicke et Kahn, pratiquées en 1939 au lendemain d'une des crises les plus violentes, se sont montrées négatives.

OBSERVATION LVII

M. Le D..., 52 ans (en 1925). — Ulcère de la petite courbure gastrique à forme pseudo-tabétique.

Les crises ont eu d'emblée une allure tabétique. Brusquement éclatent des crises épigastriques atroces, pliant le malade en deux, irradiant en ceinture et vers le dos. Les vomissements sont d'abord alimentaires, puis uniquement liquides. *L'intolérance gastrique est absolue*, tous les ingesta sont rejetés, même l'eau.

Le malade est vu en août 1925. La crise précédente date de juin et a duré 8 jours. La crise actuelle a une violence inaccoutu-

mée, les vomissements sont incoercibles et emplissent des cuvettes; le malade est choqué et présente des crises de tétanie, crispant membres et orteils. Aux membres inférieurs, les réflexes tendineux sont normaux, sinon vifs. Les pupilles, en mydriase, présentent des *réflexes lents*. Il existe de l'hyperesthésie épigastrique.

A la radio se voit une niche de la petite courbure gastrique.

On fait une *ponction lombaire*, qui montre un liquide à cytologie normale; la réaction de Wassermann est négative, le Benjoin colloïdal est normal.

La crise est arrêtée par des injections sous-cutanées d'atropine à haute dose.

Les crises se sont répétées pendant 18 mois, mais de plus en plus espacées et atténuées. Le malade s'est considéré comme guéri de 1926 à 1941, époque à laquelle est apparue une *sténose pylorique* de nature inconnue. Le malade, retenu en province, n'a pu communiquer que par correspondance.

OBSERVATION LVIII

M. L..., 31 ans. — Ulcère duodénal. Forme familiale, avec ictère au cours des poussées. Opéré deux fois et souffre encore.

1° Père ulcéreux, opéré en 1930, va bien actuellement à 67 ans.

2° Crises ulcéreuses personnelles remontant à quatorze ans; durée quinze jours, rémission trois semaines : douleur tardive, y compris la nuit, calmée par les aliments, non par les alcalins; quelques vomissements alimentaires acides.

3° Crises douloureuses nettement sous-hépatiques, coexistant souvent avec les crises épigastriques et s'accompagnant de jaunisse, de pituites. Ont cessé depuis :

4° La gastro-entérostomie de janvier 1939. (Ulcère duodénal).

5° Par la suite, amaigrissement, reprise des douleurs, bronchites.

6° Diagnostic d'ulcère peptique : gastrectomie en janvier 1940.

7° A toujours des gênes, des pesanteurs; doit surveiller son alimentation; pas de reprise de poids, diarrhées sans rythme prandial.

OBSERVATION LIX

M. G..., 46 ans. — Ulcère du bulbe + troubles vésiculaires.

Malade vu en 1940. Souffrait alors, *depuis quinze ans* au moins, de ballonnements, de diarrhées prandiales, de troubles vaso-moteurs avec hypertension minima.

Mais aggravation depuis 1939.

1° Brûlures précoces, calmées par l'alimentation, surtout le soir, rarement la nuit (mais tiraillements en decubitus latéral gauche).

2° Diarrhées prandiales (parfois ne peut finir de déjeuner), au minimum deux selles par jour; mais n'a pas de selles moulées s'il ne prend des médicaments.

Par ailleurs :

3° Faims douloureuses (surtout depuis octobre 1940), malaises au réveil, calmés par le petit déjeuner.

4° Crises de douleurs tardives enfin.

A l'examen: point nettement vésiculaire.

Radio: Ulcère du bulbe duodénal.

OBSERVATION LX

M. O..., 43 ans. — 1° Syndrome sensitivo-moteur et urticaire précoce. Douleurs tardives. 2° Ulcère du bulbe.

1° Souffre depuis longtemps.

2° Présente en novembre 1941, des crises douloureuses d'un type particulier :

a) Syndrome *sensitivo-moteur* banal survenant moins de 20 minutes après les repas, accompagné d'un *urticaire* siègeant au niveau des mains, des jambes, des oreilles. Ces troubles durent une heure.

b) 3 à 4 heures après : douleurs à type de *crampes*.

Radio : bulbe en trèfle.

3° L'urticaire a été arrêté par l'autohémothérapie.

4° Printemps-automne 1942, plus d'urticaire, mais douleurs

tardives à prédominance nocturne (presque toutes les nuits). Sensibilité sous-hépatique. Décoloration des matières, urines foncées.

OBSERVATION LXI

M. L..., 15 ans. — Ulcère duodénal stellaire. Syndrome ulcéreux intriqué avec un syndrome vésiculaire.

31 octobre 1941.

Souffre depuis un an — mais d'une manière plus intense depuis juin — de crises douloureuses durant quinze jours (la dernière crise a été la plus forte).

1° En sortant de table, douleurs à gauche, mais aussi coliques dans tout le ventre, lequel était par ailleurs, douloureux à la pression d'une façon diffuse.

2° Nausées; gaz fréquents.

3° A eu également des crises douloureuses immédiatement postprandiales, avec diarrhée « d'un seul coup ».

4° Radio (octobre) montre un ulcère duodénal stellaire schématique.

Par la suite, amélioration (une seule petite crise en janvier, avec un peu de sang rouge dans les selles).

En juillet 1942, bon état général, plus de crises douloureuses, quelques crises diarrhéiques prandiales. Le malade semble prendre du poids.

OBSERVATION LXII

M. T..., 49 ans. — Ulcère duodénal. Evolution saisonnière. Syndrome sensitivo-moteur et vomissements.

Début en 1927 par : faims douloureuses, crises saisonnières (hiver-été), *absolument rien au printemps et à l'automne.*

Début brusque des crises par :

1° Douleurs une heure et demie *avant* les repas.

2° Douleurs tardives, brûlures, crampes, sans irradiations, avec des gaz, quelquefois vomissements abondants et d'horaire tardif,

quelquefois des frissons avec un peu de fièvre. Crises calmées par les repas, les alcalins.

Toujours mieux couché à gauche quand il souffre.

Les vomissements ne se répètent pas plus de trois jours, mais la crise elle-même dure jusqu'à quatre mois. Pas d'hémorragies, amaigrissement de 4 kilogs.

Les crises semblent déclanchées par des efforts, la fatigue.

Radio (mai) : ulcère du bulbe.

Par la suite, reprend du poids, amélioration gastro-colique.

OBSERVATION LXIII

M. L. R..., 15 ans. — Ulcère à forme fébrile. Ptose.

Examen pratiqué en juillet 1922.

Le malade a toujours souffert, mais beaucoup plus depuis quelques mois.

Pendant deux à trois nuits de suite, chaque mois, douleurs plus ou moins tardives, accompagnées de vomissements, survenant à une heure du matin.

Température entre 37°4 et 38°2.

Les douleurs surviennent en crises successives, avec rémissions plus ou moins longues. La température et les douleurs tardives épi-gastriques coïncident et surviennent à la moindre fatigue.

Dans les antécédents, on ne retrouve pas d'ictère. Constipation habituelle.

En novembre 1922, il a présenté des crises de douleurs précoces, avec nausées, mais sans vomissements, et sans température.

Radio : ulcère de la petite courbure.

OBSERVATION LXIV

M. G..., 67 ans. — Ulcères gastro-duodénaux + eczéma.

A commencé à souffrir vers 1923.

De 1923 à 1933, douleurs très violentes ne présentant jamais

de sédation complète, mais seulement des rémissions de dix jours. Les radios montrent deux ulcères: l'un au bulbe, l'autre à la petite courbure gastrique.

Cet ulcère, étudié à la gastroscopie, présente 15 mm de diamètre. On constate sa cicatrisation à l'endoscopie au cours des périodes d'indolence.

En 1941, le malade a continué à souffrir, les douleurs sont même de plus en plus violentes et parfois accompagnées de vomissements. La multiplicité des ulcères est toujours constatée.

Il existe depuis dix-huit mois un fait nouveau: un eczéma de la verge. Cet eczéma extrêmement violent lorsqu'il existe, détermine un œdème intense de la verge qui est irritée, rouge sombre. Il s'agit d'un eczéma vrai, vésiculeux, suintant. Cette lésion cutanée fait, lorsqu'elle se manifeste, disparaître complètement les douleurs gastriques. Celles-ci ne sont supprimées *que pendant la stricte durée de l'éruption* qui se prolonge quelquefois pendant un mois. Les alternances, pendant les dix-huit mois qui viennent de s'écouler, se suivent régulièrement au rythme d'environ de deux ou trois mois de douleurs gastriques et un mois d'éruption.

Il est à noter que le malade est particulièrement *intolérant* aux thérapeutiques de l'ulcère et qu'il ne supporte ni les préparations à base de pepsine, ni les préparations à base de caséine qui déterminent des chocs.

OBSERVATION LXV

Mme L..., 61 ans. — Spasme intermittent de l'œsophage. Hernie diaphragmatique de la grosse tubérosité. Ulcère duodénal. Glaucome.

Cette malade accuse depuis quelques temps des crises de spasme œsophagien survenant brusquement au milieu d'un repas. N'a jamais de renvois ni de vomissements, n'a jamais souffert.

Un examen radiographique (23-1-37) découvre:

- 1° une hernie de la grosse tubérosité,
- 2° un ulcère de la grande courbure duodénale.

Suivie jusqu'en 1941.

OBSERVATION LXVI

Mme M..., 63 ans. — Ulcère inconnu sous-cardiaque, *découverte de gastroscopie*.

Cette malade vue le 10 janvier 1942, dit souffrir depuis quelques années, quelquefois l'après-midi vers trois heures, *toujours la nuit* de douleurs épigastriques irradiant dans les côtés.

Crises durant une heure, calmées par les aliments et les boissons chaudes, non influencées par les positions.

On note la tendance qu'ont les douleurs à irradier en ceinture, vers les hypochondres et dans le dos.

A eu autrefois quelques vomissements.

Il s'agit d'une malade très fatiguée, dont l'anorexie est surtout marquée depuis un mois, et qui a maigri d'au moins 15 kilogs en deux mois.

On retrouve, à l'examen, l'existence d'une petite masse, répondant à la région antrale, difficile à palper, mais très douloureuse en decubitus latéral gauche. La radiographie est strictement négative.

Revue le 5 mars 1942, on note une amélioration certaine; cette malade n'est plus réveillée les nuits par la douleur, cependant le palper de la région antrale est toujours douloureux.

On décide de faire un examen gastroscopique le 7 mars. L'antré est normal, *gastrite atrophique* très prononcée de la face antérieure fundique avec de très nombreuses veinules variqueuses. *On a la stupeur de trouver un petit ulcère sous-cardiaque* de 8 mm. de diamètre, à 4 cm. environ sur la petite courbure empiétant un peu sur la face postérieure; cette lésion jaunâtre est entourée d'énormes plis radiants, elle saigne abondamment au passage du tube.

OBSERVATION LXVII

M. R..., 37 ans. — Ulcère du duodénum. Forme indolente.

N'a jamais souffert de l'estomac.

1° *Hémorragie intestinale brusque en juillet 1940: une selle*

noire par jour, pendant huit jours. Syncope le troisième jour. Radio négative.

2° Août 1940, nouveau meloena d'abondance moyenne.

3° Du 22 au 30 décembre 1941, nouvelle hémorragie. Transfusion le 25.

4° Au 31 janvier 1942, est tranquille depuis un mois. Une radio du 22 montrait un ulcère duodénal et peut-être des calculs biliaires.

OBSERVATION LXVIII

Mme R..., 31 ans. — Syndrome mixte non ulcéreux. Ulcères multiples de l'estomac, invisibles à la radio. Gastrite mamelonnée.

1° La malade souffrait depuis 1930, mais elle ne vint consulter pour la première fois qu'en 1934. Elle se plaignait alors de troubles dyspeptiques complexes:

— digestions très pénibles, point de côté droit, céphalées;

— de malaises précoces « en sortant de table » et à jeun le matin dès le réveil;

— crises de douleurs extrêmement violentes, à type de coliques, au niveau du creux épigastrique et irradiant jusque dans la région pelvienne.

La malade est anxieuse, agitée, elle a maigri. A l'examen, on note des agiomes des avant-bras et des mains, du lichen plan au niveau des épaules et du thorax.

La radio faite à cette époque ne montre rien.

Gastroscopie: deux ulcères cavitaires en amont du pilier droit. Gastrite mamelonnée de la muqueuse alentour.

2° Par la suite, l'état digestif de la malade semble s'améliorer un peu, mais elle est toujours nerveuse, déprimée; ses digestions toujours mauvaises, les nausées à jeun quotidiennes.

Gastroscopie (mars 1936): deux cicatrices parfaites d'ulcères de la face postérieure.

3° La malade a été suivie jusqu'en juin 1942, époque à laquelle sont réapparues les douleurs précoces, une demi-heure après les repas, les malaises, les nausées.

OBSERVATION LXIX

Mme M..., 57 ans. — Crises ulcéreuses anciennes. Gastro-entérostomie ayant amené une disparition des signes cliniques. Niche de la grande courbure à la radio. Ulcère peptique à la gastroscopie.

1° *Depuis trente ans souffre ac l'estomac.* Est obligée de se soigner continuellement. Petites crises ulcéreuses d'intensité moyenne.

2° Vers décembre 1940, commence une aggravation notable avec douleurs dans l'après-midi, au moindre coup de froid. Ne sont plus nettement rythmées par les repas, mais sont calmées par eux.

3° Septembre-octobre 1941, apparition de douleurs nocturnes (une heure du matin), d'une anorexie croissante, d'une perte de poids de 5 kilos en trois mois.

4° On pratique une gastro-entérostomie à Bichat en décembre 1941.

5° *Depuis* est tout à fait bien. Cessation des douleurs, reprise du poids, et surtout de l'appétit.

6° Est cependant suivie régulièrement ce qui permet de constater à la radio une niche haut située de la grande courbure.

A la gastroscopie (10-10-42), estomac violemment enflammé, gastrite catharrale généralisée, avec dépôts pultacés. Dans les parties hautes de l'estomac il s'y ajoute une gastrite mamelonée discrète, accompagnée de strigillations qui sont, ou des dilatations capillaires ou, plus probablement, des érosions à la limite de la visibilité.

1° La gastro-entérostomie est à la face postérieure assez près de la grande courbure à 8 mm. environ en amont du pilier postérieur. La cloison d'adossement du fundus et de la gastro-entérostomie est mince. Il existe un ulcère peptique, vu en perspective sur la face jéjunale de la cloison, rouge-brunâtre de 8 à 10 mm.

2° Il n'a pas été vu d'ulcère fundique haut, mais sur la face postérieure à 5 ou 6 cm au-dessous du cardia, la muqueuse est très oedématiée, elle est animée de contractions désordonnées au centre desquelles se forme brusquement, de temps à autre, une dépression bursiforme qui n'est le siège d'aucune lésion en activité, mais peut répondre à un amincissement cicatriciel.

OBSERVATION LXX

M. C..., 56 ans. — Hypertension. Tuberculose pulmonaire. Ulcère révélé par perforation.

Il s'agit d'une histoire dyspeptique *discrète*, essentiellement caractérisée par :

1° Des nausées continuelles, du matin au soir et même la nuit, avec éructations fréquentes.

2° De coliques fugaces, non rythmées par les repas.

Le tout datant de juillet-août 1941, n'ayant pas amené le malade à consulter.

Le 6 novembre 1941, brutalement, *perforation d'ulcère*, opéré à la septième heure.

Actuellement, mêmes symptômes discrets. A maigri de 15 kilogs en un an.

Antécédents: tuberculose pulmonaire en 1933. Hypertension (17-9 janvier 1942).

Examen (janvier 1942).

Bonne cicatrice. Légères douleurs à la palpation profonde à gauche.

Radio (janvier 1942) : incisure permanente de la petite courbure.

Gastroskopie (14 février 1942) : Spasmes étagés violents, antre préfermé. A la face postérieure à 6 cm. au-dessous de la petite courbure, à 6-7 cm. en amont du pilier postérieur, région enflammée, un peu plus saillante à tout petits plis, sur laquelle se détache un ulcère en partie cicatrisé, en demi-lune, effondré en amont. La région antérieure, encore bordée d'un bourrelet, est ulcérée en croissant 6-8 mm. de large, 10-12 mm. de long.

Nouvelle radio (juillet 1942) : plus de lésions visibles.

OBSERVATION LXXI

M. R..., 42 ans. — Ulcère du bulbe avec achlorhydrie.

1° Passé gastrique de douleurs tardives depuis longtemps.

2° Avril 1940, crise particulièrement vive, de douleurs survenant de 2 à 3 heures après les repas, et la nuit : à type de crampes angoissantes à irradiations thoraciques précordiales, s'accompagnant d'épreintes, non calmées par les repas; amaigrissement. La crise dure trois semaines (bismuth, soluprotine, parathyrone).

3° L'étude du chimisme gastrique montre une *achlorhydrie histamino-résistante*.

4° Par la suite, le malade voit ses crises douloureuses reprendre de temps à autre.

5° A la radio: ulcère du bulbe.

OBSERVATION LXXII

M. M..., 63 ans. — Ulcus du bulbe ancien avec gêne pylorique.

Entre dans le service avec un tableau de douleurs plus ou moins continues, constipation, vomissements pituiteux, régurgitations nombreuses, acides. Tableau évoluant depuis huit jours chez un malade possédant un passé gastralgique.

C'est il y a trois ans que commencent les douleurs abdominales. Crises de un mois avec périodes plus ou moins accentuées. Douleurs à type de coliques, irradiant dans les flancs et vers l'épigastre.

Par ailleurs; *faim douloureuse*, 5 ou 6 heures après les repas. Le tout calmé par l'alimentation.

Les douleurs s'accompagnent de régurgitations acides, liquides, de vomissements pituiteux. Pas de diarrhées. Les périodes reviennent une fois, deux fois par an, l'été.

Cet état coïncide avec un amaigrissement de 35 kilogs en deux ans.

Depuis huit jours: état de crise. Douleurs plus ou moins continues, calmées par l'alimentation, la chaleur, le decubitus. Douleurs à type de coliques sus et surtout sous-ombilicales. Vomissements pituiteux, avec de nombreux renvois acides. Quelquefois *vomissements alimentaires*, le tout survenant 5 heures après les repas.

Grosse amélioration de l'état général. Plus de douleurs après les repas, ni sang, ni glaires dans les selles. Constipation — pas depuis quinze jours. Pas de flatulence.

Depuis cette crise, diminution de l'appétit.

Depuis deux ans: accélération non précisée de l'amaigrissement.

Examen: ventre un peu tendu, légèrement clapotant. Douleur diffuse avec prédominance à la région sous-hépatique. Le toucher rectal montre un anneau hémorroïdaire.

Radio: sténose pylorique avec ulcus ancien du bulbe, et péri-duodénite.

OBSERVATION LXIII

M. D..., 21 ans. — Ulcère siégeant au centre même du pylore. Crises vésiculaires (radio reproduite).

Vu le 22 octobre 1942.

Père mort d'un ulcère perforé.

Début à l'âge de 7 ou 8 ans. Se plaint de somnolences, d'aigreurs, de renvois juste après les repas, et de douleurs tardives. Crises survenant sans rythme saisonnier.

Il y a deux mois, petite crise non douloureuse avec un vomissement au milieu de la nuit.

Un mois plus tard, crise de trois jours très violente, éclata à 9 heures du soir, avec 40° de fièvre dès le premier soir, puis 39°5 pendant 24 heures. Subictère des conjonctives, urines foncées, selles mastic pendant 48 heures.

Examen cependant négatif. Indolence absolue même en decubitus latéral gauche.

Une radio, après tétraiode, montre une grosse vésicule bien injectée, pas de calculs.

Par contre une radiographie gastro-duodénale révèle l'existence d'une image au centre du canal pylorique.

Rien de spécial à signaler à la gastroscopie (24 octobre 1942.)

CONCLUSIONS

La schématisation extrême des aspects cliniques a permis de faire correspondre à la majorité des ulcères gastro-duodénaux une définition brève et unique et, dans le cadre de cette forme « type », de reconnaître parfois le siège de la lésion, grâce à un détail du tableau clinique.

Cependant, lorsqu'on passe en revue un grand nombre de cas, dans une consultation de gastro-entérologie, par exemple, on se rend compte que, si la majorité des malades correspond à la définition classique, il est fréquent de noter des aspects atypiques.

Ce sont eux que nous avons essayé de classer.

Au cours de notre étude nous avons rangé les faits correspondant aux observations retenues d'après les particularités mêmes de chacun, variations portant sur les paroxysmes, sur les caractères de la douleur, et en particulier son horaire, son siège, sa forme, etc.

En fait, ces aspects irréguliers appartiennent à l'un des deux groupes généraux suivants :

a) Il y a, d'une part, les ulcères qui se singularisent de la forme classique par un point ou deux, mais qui gardent, par ailleurs, *une allure évocatrice dont les deux caractères fondamentaux sont le rythme évolutif entre chaque crise, et le rythme prandial pendant la crise*. En pratique, de tels aspects permettent de penser quand même à un ulcère gastro-duodéal.

b) D'un autre côté, il y a les ulcères dont le diagnostic

clinique est difficile à faire d'emblée, du fait soit de la discrétion des manifestations, soit surtout de leur allure « extra-gastrique ». Ce sont ces dernières formes qui présentent le plus d'intérêt, car elles n'évoquent **pas** l'ulcère et l'on risque de le méconnaître.

Dans le premier cas, on est tenté de prononcer le mot de « curiosités » cliniques, dans le second, il s'agit d'aspects trompeurs de la maladie.

a) Parmi les modalités cliniques s'écartant plus ou moins de l'ulcus typique nous citerons :

Les ulcères duodénaux à crises courtes, voire à crises d'un seul jour, dans lesquels la douleur garde son caractère post-prandial et les crises une évolution « par poussées » séparées de périodes de rémission. Cet aspect correspond à un spasme pylorique avec hypersécrétion, spasme qui est, lui-même, en rapport avec un ulcère juxta-ornithiel.

Dans d'autres cas, l'histoire ulcéreuse garde son double rythme, entre les crises et pendant la crise, mais les manifestations fonctionnelles ont lieu *précocement* après les repas, ou bien dès le matin, *au réveil*, ou encore avec une *prédominance nocturne ou vespérale*, ce dernier aspect posant le diagnostic d'une participation vésiculaire sur laquelle nous aurons à revenir.

Parfois, au lieu des crampes douloureuses, on relève l'existence de brûlures d'horaires variables, posant la question d'une gastrite associée à l'ulcère.

Notons que le *syndrome vagotonique*, dans son aspect typique, constitue plutôt une forme localisatrice d'ulcère de la petite courbure gastrique, avec lésions anatomiques de névrite des filets du pneumogastrique.

Il est à signaler que, parfois, les manifestations fonctionnelles typiques d'un ulcère gastro-duodénal sont exacerbées, du fait de l'existence d'un *terrain névropathique*.

Certaines formes sont également typiques quant au

rythme paroxystique de la maladie, mais présentent, à l'encontre de la forme communément rencontrée, des douleurs non calmées par la prise d'aliments ou de poudres.

Parmi les formes à associations morbides, celles où ulcère gastro-duodénal et *gastrite* coexistent, sont au premier plan. Mais là encore, le tableau clinique dans son ensemble évoque l'ulcus, malgré la tendance précoce des manifestations post-prandiales, malgré la présence de brûlures. Il s'agit d'un tableau irrégulier, mais c'est un tableau ulcéreux quand même.

Les autres associations morbides offrent des aspects plus complexes, cependant on reconnaîtra d'emblée le caractère ulcéreux de crises douloureuses rythmées, évoluant de pair avec *des manifestations allergiques*, contemporaines, soit de la période de crises et présentant un caractère post-prandial, soit de la période de rémission, cessant au moment des poussées évolutives.

Il en est de même dans les cas où une histoire de crises paroxystiques de douleurs épigastriques se trouve intriquée avec des éléments atypiques résultant *d'une hernie de l'estomac*, constatée à l'écran.

Nous citerons, pour terminer, les cas où l'on se trouve en présence d'une histoire typique *avec poussées thermiques* au moment des crises, éventualité dont ne rend compte aucune infection extra-gastrique, les ulcères dont une *sténose orificielle est la première manifestation*, les lésions duodénales, en dernier lieu, dont l'aspect clinique comporte des *hématémèses*, ou des *hémorragies intestinales à sang rouge*.

Dans tous les cas que nous venons de voir, les aspects cliniques diffèrent de ceux qu'on rencontre habituellement, c'est à ce titre qu'il est bon de les signaler.

b) Bien différents sont les aspects vraiment *trompeurs* de la maladie, ceux qui posent un diagnostic différentiel souvent difficile à trancher.

En tête de cet ordre de faits, nous placerons tous les tableaux cliniques qui évoquent le cancer.

Un malade présentant ou non une histoire ulcéreuse ancienne, voit brusquement son état s'aggraver, les manifestations douloureuses tendre à devenir *continues*, à *paroxysmes* nocturnes, atteignant parfois une intensité remarquable, tandis que, parallèlement, l'état général décline l'anorexie et l'amaigrissement progressent; ce tableau évoluant rapidement chez un sujet ayant souvent dépassé la soixantaine, incite à penser d'emblée à une tumeur maligne de l'estomac. En fait il peut s'agir de deux éventualités anatomo-cliniques :

1° La lésion ulcéreuse peut être ancienne, s'étant manifestée au début par un tableau classique, elle devient *invétérée*, *adhérente*, *indurée* et conditionne alors un tableau bâtarde. Cette évolution vers l'atypisme de lésions anciennes est à souligner; elle est fréquente, elle est caractéristique.

2° L'ulcus peut, soit d'emblée, soit après une évolution typique, présenter une allure dont le caractère principal est le *début récent*, ne remontant guère à *plus de deux mois*, caractère qui contraste avec des *lésions très étendues* de la petite courbure gastrique, sans aspect malin. Il nous faut souligner encore une fois le fait que ce tableau spectaculaire s'arrange souvent sous l'influence du traitement médical et du séjour au lit, et cela avec une rapidité étonnante, tandis que graphies et gastroscopies s'accordent pour contrôler la disparition et de la niche et de la perte de substance au niveau de la petite courbure.

Un malade peut se présenter avec des crises de *lumbago isolé*, en l'absence de tout signe dyspeptique; on risque de ne pas penser à l'ulcère, et pourtant un examen radiologique ou gastroscopique montrera l'existence de la lésion gastro-duodénale. Anatomiquement, il s'agit le plus souvent dans ces formes à douleurs lombaires, d'un processus ulcéreux extensif, adhérent au pancréas ou le térébrant.

Un autre malade se plaindra de crises nocturnes angoissantes avec douleurs rétro-sternales à irradiations hautes et l'on est loin de penser à une lésion gastrique ou duodénale devant *cet angor*, surtout s'il s'agit d'un sujet hypertendu, ou présentant un passé cardiaque. Il en est de même pour des douleurs complexes de l'abdomen, à type de *coliques basses*, pouvant être les uniques témoins d'un ulcus.

A côté de tous ces aspects trompeurs, il nous faut placer les ulcus gastro-duodénaux à manifestations de *dyspepsie banale*.

A l'extrême se trouve la forme cliniquement et même radiologiquement *muette* de la maladie, découverte d'endoscopie, ou révélée par une complication dramatique : hémorragie ou perforation.

Puis viennent les formes dyspeptiques, extra-gastriques, *sensitivo-motrices*, qui en imposent pour une simple ptose, de l'aérophagie, une dyspepsie banale.

A l'opposé de ces aspects, nous mentionnerons les crises *pseudo-tabétiques*, avec douleurs atroces et grande hypersécrétion, vomissements incoercibles, tableaux d'autant plus évocateurs de tabes que le traitement classique de l'ulcère est inefficace.

Nous avons parlé de la forme classique rencontrée *chez le sujet jeune et chez le vieillard*; redisons cependant la fréquence dans ces cas-là de formes banales, atypiques, et surtout de formes à symptomatologie bâtarde ou simulant le cancer des ulcères invétérés des personnes âgées.

Un tableau vésiculaire d'intensité variable peut s'ajouter au syndrome ulcéreux, ou le masquer, et nous avons rapporté le cas d'un malade porteur d'un ulcère intra-pylorique et dont l'histoire clinique était celle d'une dyspepsie banale ancienne, coupée de *crises de coliques hépatiques* typiques, complètes. Exemple qui témoigne de l'intrication fréquente des deux symptomatologies et des problèmes diagnostiques que cela pose.

*
**

De tels aspects manifestent les liens qui unissent clinique, radiologie et gastroscopie dans le diagnostic positif de l'ulcus. Les discordances mêmes qu'il est possible de rencontrer dans les réponses respectives des trois sortes d'examens, soulignent l'intérêt de les associer.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
VILLARET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S
